Collaboratori effettivi della Sezione Pratica per il 1931.

Alessandri prof. Roberto - Roma.
Almagià prof. Marco - Roma.
Amantea dott. Fausto - Roma.
Amato dott. A - Palermo.
Andreoletti dott. Giulio - Monza.
Angelescu prof. C - Bucarest.
Antonelli prof. Giovanni - Roma.
Antonucci dott. Cesare - Roma.
Artom di Sant'Agnese prof. Valerio - Roma.
Ascoli prof. Manfredo - Roma.
Ascoli prof. Ruggero - Milano.
Babini dott. Giorgio - Scansano.
Baccarani prof. Umberto - Ancona.
Basile prof. Carlo - Roma.
Bellandi prof. Ernesto - Viareggio.
Bellucci prof. Bruno - Perugia.
Berardi dott. Antonio - Roma.
Biffis dott. Andrea - Treviso.
Blasi dott. Benedetto - Catania.
Bompiani prof. Gaetano - Roma.
Bonadies dott. Antonio - Roma.
Bonanni dott. Giulio - Sansepolcro.
Borromeo dott. Giovanni - Roma.
Brancati prof. Raffaele - Roma.
Brugi prof. Antonio - Desio.
Bucci dott. Celeste - Roma.
Bufano dott. Michele - Genova.
Buzoianu dott. G. - Bucarest.
Campione dott. Giacomo - Foiano della Chiana.
Camplani dott. Mario - Bergamo.
Capaldo dott. Luigi - Sarsina.
Capecchi dott. Egisto - Cesenatico.
Caramazza dott. Pietro - Roma.
Cardini prof. Massimiliano - Roma.
Carucci prof. Vittorio - Spezia.
Carusi dott. Lorenzo - Roma.
Casati prof. Eugenio - Ferrara.
Casoni prof. Tommaso - Tripoli.
Cassuto prof. Augusto - Roma.
Catteruccia dott. Crispino - Roma.
Cavalletti dott. Vincenzo - Roma.
Ceccarelli dott. Danilo - Roma.
Cerqua dott. Saverio - Cairo.
Cevario prof. Luigi - Savigliano.
Chiandussi dott. Luciano - Laureana del Carnaro.
Ciminata dott. Antonino - Monza.
Cioni dott. Gastone - Empoli.
Clemente prof. Domenico - Oliveto Citra.
Columba dott. D. - Catania.
Corinaldesi prof. Silvio - Imola.
Corona dott. Franco - Palermo.
Crespolani dott. Erminio - Savignano sul Panaro.
Crippa dott. Tullio - Genova.
Dalla Vedova prof. Temistocle - Milano.
D'Amico dott. Giuseppe - Roma.
D'Anneo dott. Gaetano - Roma.
D'Antona dott. Domenico - Siena.
D'Antona dott. Leonardo - Siena.
De Benedetti dott. Leonardo - Rivoli.
Del Vecchio dott. Guido - Roma.
De Melgazzi dott. Giuseppe Giacomo - Robecco sul Naviglio.
De Sanctis prof. Sante - Roma.
Domenichini prof. Giacomo - Modena.
Donati dott. Salvatore - Pavia.
Dragotti dott. Giuseppe - Roma.
Durante prof. Luigi - Genova.
Egidi prof. Guido - Roma.
Enderle dott. Ezio - Roma.
Ettorre prof. Enrico - Milano.
Faberi dott. Mario - Roma.
Fabris dott. Pietro - Conegliano.
Fantacci dott. I. - Spezia.
Ferrannini prof. Luigi - Catania.
Ferri prof. Umberto - Roma.
Fiamberti prof. Mario - Brescia.
Filippini dott. Azeglio - Roma.
Fiorentini dott. Augusto - Roma.
Fogliani dott. Umberto - Modena.
Francaviglia dott. Carlo - Sassello.
Franchetti dott. Augusto - Roma.
Frugoni prof. Cesare - Roma.
Gaggero dott. Emanuele - Genova.
Galletti dott. Dante - Livorno.
Galli dott. Paolo - Faenza.
Gamberini prof. Carlo - Bologna.
Garberini dott. Giuseppe - Tivoli.
Garbini dott. Roberto - Roma.
Gazzarrini dott. Cosimo - Rio nell'Elba.
Ghiron prof. Mario - Roma.
Ghiron prof. Vittorio - Roma.
Giacobbe dott. Corradino - Roma.
Giordanengo dott. Guglielmo - Torino.
Giordano dott. Giacinto - Chieri.
Gismondi prof. Alfredo - Genova.
Golluscio dott. Giuseppe - Roma.
Gopcevich dott. Marino - Trieste.
Grasso prof. Rosario - Catania.
Graziani dott. Francesco - Zara.
Gualdi dott. Vincenzo - Genova.
Guaraldi dott. Bruno - Finale Emilia.
Guccione prof. Giuseppe - Roma.
Guida dott. Carlo - Trapani.
Imber dott. Isidoro - Roma.
Imperiale dott. Cesare - Genova.
Ingaramo dott. Carlo - Torino.
Introzzi dott. Paolo - Pavia.
Izar prof. Guido - Messina.
Jacono dott.ssa Giuseppina - Catania.
Jovino dott. Ferdinando - Napoli.
Künsztler dott. M. - Budapest.
La Cava dott. Giuseppe - Roma.
La Gravinese dott. Nicola - Monopoli.
Laurenti prof. Temistocle - Roma.
Lazzeroni dott. Antonio - Poggibonsi.
Leonelli dott. Ugo - Lettomanoppello.
Leti dott. Francesco - Roma.
Levi prof. Ettore - Roma.
Liberti dott. Raffaello - Roma.
Liverani dott. Ettore - Faenza.
Locatelli dott. Garibaldi - Sedico.
Loreti dott. Mario - Meldola.
Lozzi dott. Venanzio - Roma.
Lucangeli dott. Gian Luca - Roma.
Lucchese dott. Giuseppe - Firenze.
Luccioni dott. Consuelo - Potenza.
Luciani dott. Pio - Roma.
Lusena dott. Renato - Roma.
Macaggi prof. G. B. - Genova-Rivarolo.
Mangiola dott. Marco - Reggio Calabria.
Manzini dott. Cesare - Roma.
Marchiafava prof. Ettore - Roma.
Margreth prof. Giovanni - Modena.
Marinacci prof. Sertorio - Roma.
Marini dott. Benedetto - Roma.
Marocco dott. Giovanni - Alessandria.
Marras dott. Antonio - Cagliari.
Masnata dott. Giuseppe - Stradella.
Massini prof. Carlo - Genova.
Mazzetti dott. Mario - Cuasso al Monte.
Melli prof. Guido - Roma.
Mendes prof. Guido - Roma.
Mezzatesta prof. Francesco - Roma.
Milani prof. Eugenio - Roma.
Mingazzini prof. Ermanno - Roma.
Minucci Del Rosso dott. Luigi - Firenze.
Mòglie prof. Giulio - Roma.
Monacelli prof. Mario - Roma.
Montanari Reggiani dott. Massimiliano - Modena.
Monteleone prof. Remo - Roma.
Montesano prof. Vincenzo - Roma.
Moro dott. Gino - Forlì.
Mucci dott. Adolfo - Riolunato.
Muglia dott. Nicolò - Barcellona di Sicilia.
Nervi dott.ssa Camilla - Roma.
Niccolini prof. Pietro - Firenze.
Novak dott. E. - Trieste.
Omodei Zorini prof. Attilio - Roma.
Paladini dott. Pantaleo - Padova.
Palieri dott. Domenico - Cerignola.
Pampana dott. J. Emilio - Roma.
Pellacani prof. G. - Bologna.
Penso dott. Giuseppe - Roma.
Petrina dott. Enrico - Foiano della Chiana.
Pezzi prof. Cesare - Milano.
Picchi prof. Luigi - Firenze.
Pilloni dott. Silvio - Treviso.
Placitelli dott. G - Venezia.
Pollitzer prof. Renato - Roma.
Porzio dott. Mario - Roma.
Pozzi dott. Arnaldo - Roma.
Prussia dott. Giovanni - Genova.
Putzu prof. Francesco - Cagliari.
Quaranta dott. Luigi - Bari.
Revoltella dott. Giov. Batt. - Bari.
Ricci dott. Francesco - Pavia.
Rinaldi prof. Rinaldo - Novara.
Rizzo dott. Giovanni - Roma.
Rolland dott. Domenico - Spezia.
Romanin dott. Vittorio - Trieste.
Rossetti dott. Celestino - Brescia.
Rossi dott. Francesco - Acireale.
Rossi dott. Gioacchino - Forlì.
Ruscica dott. Giuseppe - Roma.
Sabatucci dott. Mario - Roma.
Salmoria dott. Furio - Siena.
Salvetti dott. Guglielmo - Torino.
Santoro dott. Angelo - Roma.
Scandurra dott. Salvatore - Roma.
Scavo dott. Emanuele - Roma.
Schiassi prof. Benedetto - Bologna.
Scimone prof. Vittorio - Padova.
Scollo dott. Giuseppe - Roma.
Selvaggi avv. Giovanni - Roma.
Sereni porf. Samuele - Roma.
Serio prof. F. - Palermo.
Serra dott. Vittorio - Roma.
Sforza dott. Nicola - Roma.
Silvagni prof. Mario - Roma.
Silvestri prof. Torindo - Modena.
Simoncelli dott. Guido - Tolentino.
Sorge dott. Giuseppe - Catania.
Speciale dott. Francesco - Palermo.
Spolverini prof. Luigi - Roma.
Tarchi dott. V. - Rodi.
Tattoni dott. Armando - Teramo.
Tiberio dott. Leonardo - Casalbordino.
Timpano dott. Pietro - Reggio Calabria.
Tonelli dott. Lanfranco - Roma.
Toscano dott. Carmelo - Roma.
Traversa dott. Emanuele - Reggio Calabria.
Trepiccioni dott. Emanuele - Roma.
Tripodi dott. Mario - Roma.
Trogu dott. F. Gaetano - Orte.
Turco dott. Adalgiso - Torino.
Valdoni prof. Pietro - Roma.
Valentini dott. Agenore - S. Severino Marche.
Vallega dott. Luigi - Genova.
Vanelli dott. Agostino - Carenno Milanese.
Venezian dott. Edmondo - Roma.
Verney dott. Lorenzo - Roma.
Villata dott. Giov. Batt. - Torino.
Viola dott. Domenico - Pavia.
Vischia dott. Quintino - Roma.
Winternitz dott. Leopoldo - Trieste.
Zambler dott. Adelchi - Venezia.
Zanalda dott. Davide - Mariano Comense.
Zanetti prof. Giovanni - Padova.

INDICE GENERALE

VOLUME XXXVIII - 1931

Indice per rubrica

LAVORI ORIGINALI.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

DALLA PRATICA CORRENTE.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI. TECNICA.

RELAZIONI.

LEZIONI. CONFERENZE.

RIVISTE SINTETICHE. QUESTIONI D'ATTUALITÀ.

EPIDEMIOLOGIA. IGIENE. MEDICINA SOCIALE.

RUBRICA DELL'UFFICIALE SANITARIO.

NOTE MEDICO-LEGALI.
MEDICINA INFORTUNISTICA.
MEDICINA ASSICURATIVA.

TECNICISMO OSPEDALIERO.

STORIA DELLA MEDICINA.

INTERESSI PROFESSIONALI.

DISCUSSIONI E COMMENTI.
TRIBUNA LIBERA.

ACCADEMIE, SOCIETÀ, CONGRESSI.

I MAESTRI.

NECROLOGIE.

SUNTI E RASSEGNE; APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO; SERVIZI IGIENICO-SANITARI; POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA; CRONACA DEL MOVIMENTO PROFESSIONALE: vedi l'Indice delle Materie.

CONCORSI; NOMINE; PROMOZIONI E ONORIFICENZE; CORRISPONDENZE; NOTIZIE DIVERSE; vedi alla fine dei singoli fascicoli.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

Notizie bibliografiche (*).

(*) Per comodità degli studiosi riportiamo l'elenco dei libri recensiti.

Indice alfabetico delle Materie

B

C

E

G

H

I

***

J

K

L

M

P

Q

R

S

U

V

Indice alfabetico degli autori.

Affinchè i lettori possano apprezzare l'importanza delle memorie originali che vengono accolte nella Sezione Medica (fascicolo mensile) **del "POLICLINICO", riportiamo l'Indice alfabetico delle memorie stesse pubblicate nel Volume XXXVIII (1931):**

MEMORIE ORIGINALI.

RIVISTE SINTETICHE.

Affinchè i lettori possano apprezzare l'importanza delle memorie originali che vengono accolte nella Sezione Chirurgica (fascicolo mensile) del "POLICLINICO", riportiamo l'Indice alfabetico delle memorie stesse pubblicate nel Volume XXXVIII (1931):

LAVORI ORIGINALI.

RIVISTE SINTETICHE.

ANNO XXXVIII Roma, 5 Gennaio 1931 - IX Num. 1

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

Per l'anno 1931

Ai Medici Italiani.

Con il 1931 il " **POLICLINICO** ,, *inizia il* **XXXVIII** *anno di vita.*

Vita robusta e feconda che ha resistito a tutte le scosse, a tutte le minacce del periodo turbinoso della guerra e del dopo guerra.

Le difficoltà, gli ostacoli sono stati superati con fede e tenacia. Il " **POLICLINICO** ,, *ha mantenuto sempre salda la sua struttura, rinnovandosi e perfezionandosi senza mai perdere i suoi caratteri fondamentali.*

E' questa la particolarità degli organismi forti: migliorarsi, adattarsi alle nuove esigenze della vita sociale senza perdere la propria fisionomia.

Il " **POLICLINICO** ,, *così riesce sempre gradito ed utile ai medici delle successive generazioni: a quelli più sperimentati che sono mantenuti al corrente dei progressi della medicina, ai giovani per i quali sono ribadite le conquiste del passato.*

Il " **POLICLINICO** ,, *conosce e soddisfa i bisogni del medico, ne apprezza e seconda i gusti.*

Le sue tre Sezioni - la **medica**, *la* **chirurgica** *e la* **pratica** *- si completano a vicenda, e nel loro insieme sono tali da corrispondere ad ogni necessità culturale e pratica.*

Le tre sezioni riunite formano un periodico di medicina e di chirurgia che gareggia brillantemente con le più accreditate e diffuse riviste estere.

Ogni annata costituisce una miscellanea medico-chirurgica dove ogni medico può trovare aggiornato l'argomento che l' interessa.

La gran mole dei lavori che vengono offerti per la pubblicazione consente una selezione rigorosa.

Il " **POLICLINICO** ,, *non conosce preferenze se non quelle del merito, non subisce esclusivismi di scuole e di tendenze. Le sole cose che si richiedono agli autori sono l'interesse dell'argomento, l'obiettività, la chiarezza e la brevità.*

Il " **POLICLINICO** ,, *è il giornale di medicina veramente nazionale: esso raccoglie la produzione d'importanza scientifica e pratica d'ogni parte d'Italia, senza, per altro, trascurare il lavoro che si compie all'estero.*

Il periodico risulta così completo, organico. Ne aumentano la snellezza e varietà la pubblicazione di brevi articoli di argomenti affini alla medicina, con riferimenti artistici, filosofici e sociali.

Le vicende professionali sono sempre seguite con vigile attenzione; e l'allarme è tempestivamente suonato ogni qual volta gli interessi morali e materiali dei medici sono minacciati.

L'abbondanza di notizie riguardanti tutto il movimento scientifico, professionale e sociale, al quale partecipino la medicina ed i medici, costituisce una prerogativa esclusiva del " **POLICLINICO** ,,.

Tutto ciò vien conseguito senza abbondanza di mezzi, grazie alla perfetta organizzazione della Redazione.

La stampa medica italiana non può contare su laute risorse. La scarsa conoscenza della nostra lingua fuori dei confini non dà ai periodici italiani il largo apporto di abbonamenti esteri, che costituiscono un valido sussidio finanziario per i periodici di altre nazioni civili.

Il **" POLICLINICO "** *supera queste difficoltà vittoriosamente e con fierezza.*

La Redazione e l'Amministrazione pongono ogni cura perchè il giornale sia protetto da ogni tentativo commerciale. Esse sentono come una missione la difesa del pensiero medico italiano dalla contaminazione dell'invadente industrialismo.

Con questi intendimenti, con questi propositi, s'inizia la fatica del nuovo anno.

Nessun'altra promessa può fare la Redazione oltre quella di continuare l'indirizzo finora seguìto: fedeli alla tradizione, miranti al progresso.

E procediamo, orgogliosi di portare il nostro modesto contributo all'opera di rinnovellamento e di affermazione del prestigio nazionale che si va compiendo.

LA REDAZIONE

L'Amministrazione del "POLICLINICO" che mai ha fatto del periodico uno strumento di speculazione (tanto da rimanere sempre immune da ogni connivenza commercialistica) non ha voluto attardarsi a dare una nuova prova del suo animo liberale.

Essa, compenetrata delle difficoltà in cui molti dei suoi numerosissimi abbonati (che sono quasi la metà di tutti i medici d'Italia, e, in massima parte, in servizio di condotta) vengono a trovarsi a causa della disposta riduzione del 12 % sul già esiguo stipendio da essi percepito, conformandosi alle direttive del Governo Nazionale, è venuta *spontaneamente* nella determinazione di alleggerire loro, nel maggior limite possibile, la modesta quota che gravava su di essi per il "POLICLINICO", portando una diminuzione nell'importo di abbonamento, la quale è, all'incirca, la medesima annunziata, per le pubblicazioni periodiche dello Stato.

I prezzi del "POLICLINICO" per 1931, sono dunque ridotti come segue:

Abbonamenti singoli:	per l'Italia	per l'Estero
1) sola Sezione Pratica (settimanale)	L. 58.50	L. 100
1-*a*) sola Sezione Medica (mensile)	» 45 —	» 55
1-*b*) sola Sezione Chirurgica (mensile)	» 45 —	» 55
Abbonamenti cumulativi:		
2) Sezione Pratica (settimanale) e Sezione Medica (mensile)	» 95 —	» 145
3) Sezione Pratica (settimanale) e Sezione Chirurgica (mensile)	» 95 —	» 145
4) Sezione Pratica, Sezione Medica e Sezione Chirurgica (ossia tutte e tre le Sezioni)	» 115 —	» 175

L'economia che potrà essere realizzata dall'Amministrazione, grazie alle disposte riduzioni dei salari agli operai e delle altre spese inerenti alla pubblicazione del "POLICLINICO" non coprirà che in minima parte la diminuzione apportata alla quota di abbonamento. Pertanto lo sbilancio che ne deriverà sarà notevole, soprattutto in ragione dell'ingente numero di abbonati che conta il "POLICLINICO".

È dunque un grave sacrificio quello che affrontiamo, ma lo facciamo risolutamente e con animo sereno, nella fiducia che la simpatia del pubblico medico Italiano continuerà ad assisterci e che non ci verrà meno la benevolenza dei nostri abbonati, i quali, ne siamo certi, si stringeranno sempre più intorno a noi per mantenere in piena efficienza questa nostra Opera, che vive per la Classe Medica e solo da essa intende essere sostenuta.

Roma, 5 Gennaio 1931-IX. **L'EDITORE.**

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALE DEL LITTORIO (ROMA).

Colecistografia rapida ed epatografia con mezzi di contrasto.

Dott. CESARE ANTONUCCI, chirurgo primario, docente di Patologia Chirurgica.

La massa del fegato oppone ai Raggi X una opacità molto notevole. Per questa ragione la epatografia non ha permesso sinora lo studio fine delle lesioni intraparenchimali dell'organo.

Dopo l'introduzione dell'uso delle sostanze di contrasto (tetraiodo o tetrabromofenolftaleina), era logico che qualche autore si ponesse il quesito della possibilità della opacizzazione del fegato per mezzo di queste sostanze.

Sembra naturale il pensare che, ove si riesca ad opacizzare le zone sane del parenchima in misura più intensa che non le zone malate (cisti, metastasi tumorali, ecc.), nelle quali presumibilmente la sostanza di contrasto non transita nè si deposita, si possano ottenere degli epatogrammi utilizzabili a scopo diagnostico, di localizzazione e di funzionalità.

La difficoltà di queste ricerche non ha attratto un gran numero di osservatori.

Einhorn e Stewart hanno cercato di ottenere degli epatogrammi, adoperando le sostanze opache note nelle dosi abituali per la colecistografia.

Essi ritengono che la radiografia del fegato, fatta qualche ora più presto di quel che si fa per ottenere l'immagine della cistifellea iniettata, possa, in un momento favorevole, sorprendere l'organo più opaco che normalmente.

A ciò si oppone la difficoltà di questa sorpresa, la lunghezza del tempo di osservazione, il numero eccessivo di radiogrammi, che si sarebbe obbligati a prendere in maniera quasi cinematografica, e la differenza del tempo di opacizzazione massima, che necessariamente dovrebbe esistere tra individuo sano e individuo malato e tra malato e malato.

Recentemente alcuni ricercatori rumeni, Pavel, Milcou e Tanasesco hanno sperimentalmente intrapreso di nuovo lo studio della epatografia con mezzi di contrasto. Essi, per realizzare l'epatografia sperimentale, hanno riesaminato la tossicità della tetraiodo ai fini di poterne aumentare la dose.

Hanno ottenuto, nel cane, delle opacizzazioni discretamente evidenti in confronto della immagine del fegato non trattato con sostanze di contrasto, con dosi di 20-30 centgr. di tetraiodo per kgr., secondo l'età dell'animale.

Ma, giustamente, non hanno creduto opportuno di tentare la realizzazione della epatografia nell'uomo.

Essi invocano l'aiuto della chimica, che dovrebbe modificare una delle sostanze opache, sia aumentandone la opacità, senza aumentarne la tossicità; sia diminuendo questa, sempre però conservando alla sostanza stessa l'opacità già esistente.

Io ho seguìto un ordine d'idee del tutto diverso da quello degli autori rumeni.

Mi è sembrato che non sia opportuno, attualmente, utilizzare nell'uomo le dosi tossiche di tetraiodo; anche in considerazione del fatto che nell'uomo malato il limite di tolleranza deve essere di certo molto più basso di quel che non sia nell'animale da esperimento in perfetta sanità.

Ho pensato allora di combinare o associare alla tetraiodo, somministrata nelle dosi abituali, una sostanza che elettivamente e rapidamente si portasse e possibilmente si depositasse per qualche tempo nell'organo epatico, trattenendo in esso una quantità di prodotto opaco sufficiente ad opacizzarlo più che normalmente, e quindi a creare, in casi di malattie a sede epatica (cisti, tumori, ecc.) delle differenze di opacità utilizzabili a scopo diagnostico.

Anche se non avessi raggiunto tale scopo, probabilmente sarei riuscito per lo meno ad avviare verso il fegato più rapidamente e più completamente il composto opacizzante ed avrei quindi potuto avere delle colecistografie in tempo più breve e forse con concentrazione più intensa che nel metodo di uso comune.

Ho esperimentato con due sostanze, le quali sono state associate con tetraiodo nella dose solita di 2 gr.

I malati sono stati preparati in un modo speciale, studiato da me assieme col mio assistente, dott. Zappalà. I particolari del metodo saranno comunicati fra breve.

Quello che interessa ora, è stabilire i primi risultati.

1) Per quel che riguarda la *colecistografia rapida*, abbiamo avuto una conferma assoluta delle nostre premesse.

A differenza di quel che si ha col metodo classico, nel quale i primi radiogrammi utilizzabili si ottengono dopo 12 ore dalla iniezione endovenosa, abbiamo potuto ottenere un primo radiogramma con colecisti già visibile dopo circa mezz'ora dalla iniezione, un secondo radiogramma con colecisti bene iniettata dopo un'ora, un terzo dopo due ore con intensità massima.

Abbiamo veduto, nei nostri esperimenti, che l'*optimum* (colecistogramma dopo 1/2 ora, un'ora dalla iniezione endovenosa) si ha quando si associa la preparazione accurata dell'individuo alla iniezione della sostanza da noi composta. Abbiamo seguìta anche la via orale; ma soltanto in pochi casi finora.

2) Per quel che riguarda la *epatografia*, i risultati finora non sono convincenti e dimostrativi.

Ma sembra di poter sperare che, migliorata la tecnica della prova, e sistematizzata la presa dei radiogrammi successivi, si possa sorprendere una opacizzazione sufficiente a scopi diagnostici, se Einhorn e Stewart hanno potuto sostenere di averla ottenuta con i mezzi comuni.

Il fatto della rapidità della assunzione da parte del fegato di tutta la sostanza opaca in un tempo enormemente minore di quello che è necessario nel metodo originale, fa pensare che la sua concentrazione nell'organo sia rapidamente portata al massimo nel tempo minimo, e che questo debba costituire per lo meno uno dei fattori favorevoli al conseguimento di una buona epatografia.

Lo studio radiografico dei nostri casi è stato compiuto dal dott. Lupaccioli, nel Reparto Radiologico dell'Ospedale del Littorio, diretto dal Prof. Busi, che vivamente ringrazio della ospitalità.

RIASSUNTO.

L'A., con metodo speciale, ha ottenuto dei colecistogrammi molto più precocemente che col metodo di uso comune. Ha tentato delle epatografie, ma finora con risultati non dimostrativi.

TECNICA MEDICA

Una nuova maniera di provocare il riflesso rotuleo.

Dott. EMANUELE TREPICCIONI,
Capitano medico,
già assist. v. nella R. Clinica Medica e nella Clinica delle malattie polmonari della Università di Roma.

Ogni medico conosce bene ed apprezza nella giusta misura la importanza di prim'ordine che, nella diagnostica clinica delle malattie nervose, del sistema centrale e periferico, ha la determinazione, rispettivamente la valutazione dei riflessi tendinei e per « la loro essenza di fenomeni obbiettivi che la volontà è incapace di riprodurre e in ragione della frequenza delle affezioni che li disturbano e per il valore degli insegnamenti che la loro esplorazione fornisce » (Babinski).

Basti ricordare, se pur necessario, che, nelle loro variazioni estreme — quelle intermedie sono soggette sempre al gravame di qualche riserva — informano, attendibilmente, della esistenza e della sede, qualche volta della natura, di lesioni organiche che ostacolino o interrompino la conducibilità, in senso centrifugo o centripeto di una delle vie dell'arco diastaltico o quella della riflessione spinale dell'arco stesso o interessino la integrità dei centri superiori e delle lunghe vie spinali. Dalla loro scomparsa o, per contro, dalla loro intensa e permanente vivacità, si possono ricavare elementi semeiologici davvero conclusivi per inquadrare e perfezionare diagnosi di gravi lesioni nervose organiche: interruzione completa del midollo spinale (Bastian); tabe, taboparalisi; atassia ereditaria (Friedreich); mieliti; poliomieliti acute e croniche; sclerosi laterale amiotrofica; nevriti e polinevriti; e, degenerazione del fascio piramidale; paraplegia spasmodica; mieliti specifiche; sclerosi a placche...

È superfluo, quindi, insistere sul preciso significato clinico e sul considerevole contenuto diagnostico di questo tipo di riflesso profondo.

Un riflesso tendineo dalla cui ricerca — per essere il più costante e per mancare eccezionalmente (età avanzata) negli individui normali — non si può prescindere nella procedura semeiologica delle malattie del sistema nervoso, è il riflesso rotuleo (Erb) o fenomeno o balzo del ginocchio (Gowerz). Le possibilità discriminative che offre sono di valore perentorio; in particolare la sua scomparsa (fenomeno di Westphall nella tabe dorsale) più che la sua esagerazione, che può esistere anche in condizioni non assolutamente e specificamente patologiche: nei bambini (Berger), nei nevrastenici, nelle intossicazioni da stricnina, nelle tossi-infezioni, ecc.

Si sa in che cosa consiste: la percussione, con un martelletto a punta di caoutchou molle (Dejerine), o col bordo ulnare della mano o con un qualunque altro mezzo, del legamento rotuleo, fra il contorno inferiore della rotula e la tuberosità anteriore della tibia, determina, per riflessione dello stimolo (centro spinale del riflesso nel II, III e IV segmento midollare lombare) la contrazione del muscolo quadricipite femorale e, in conseguenza, la rapida estensione della gamba sulla coscia; qualche volta la risposta si estrinseca soltanto nella semplice contrazione, visibile e palpabile, del muscolo.

Ma, perchè tale riflesso possa costituire la verace espressione dello stato normale o patologico del sistema nervoso, perchè le sue variazioni e modificazioni possano essere accettate nella loro interezza, senza limitazioni nè riserve, è d'uopo che, nella ricerca, si rispettino alcune regole generali di tecnica e di metodica e che nella obbiettiva interpetrazione di esso, si tenga, in debito conto, un complesso di fattori e di contingenze, preesistenti od occasionali, che, pure all'infuori di anormalità decisamente morbose, possono influire sul determinismo del riflesso in parola, quasi sempre nel senso di una diminuzione, sino alla mancata sua manifestazione.

Per esempio: la posizione non adatta degli arti inferiori, una manovra di ricerca trascurata ed impropria; la stanchezza fisica; lo stato psichico di un soggetto eccessivamente apprensivo; la esistenza di spasmi muscolari dolorosi; la stimolazione abnorme dei nervi sensitivi periferici e quella della congiuntiva e della mucosa nasale (Brugsch) possono, non solo nei differenti individui, ma pur nello stesso, a seconda del momento in cui la ricerca viene eseguita, determinare risposte destituite da ogni garanzia o menomate sensibilmente nel loro significato diagnostico. Onde appare legittima la preoccupazione degli osservatori di creare situazioni di esame particolarmente favorevoli, al fine di ridurre, o di escludere, per quanto possibile, l'azione di influenze estranee inibitrici e perturbatrici: situazioni attuate con l'impiego di artifizi ed espedienti miranti, in sostanza, ad ottenere un completo rilasciamento muscolare dell'arto da esplorare e a distrarre la vigile e sospettosa attenzione del soggetto, che, spesso, pur in contrasto con la sua volontà di passivo abbandono, si dispone, inconsciamente, ad una istintiva difesa che si traduce in una ferma rigidità muscolare degli arti e del tronco che

frustra ogni schietto risultato. Perciò sono state escogitate, e sono di pratica corrente, una quantità di posizioni e di attitudini degli arti inferiori (soggetto seduto con gambe flesse, ad angolo ottuso sulla coscia, talloni a contatto del suolo ed avampiede leggermente sollevato; cosce accavallate e gamba soprastante penzoloni — posizione incomoda e difficile per gli obesi —; soggetto disteso, supino, con una coscia leggermente sollevata e sostenuta da una mano dell'esaminatore e gamba relativa in semiflessione) arricchite e completate da singolari mezzi « di avviamento o di rafforzamento » ai quali ogni ideatore ha dato il suo nome: stimolazione preventiva del tendine rotuleo, stropicciando o pizzicando la pelle della regione (Exner); far uncinare, tra di loro, le dita delle due mani e poi invitare il soggetto a far forza per staccarle, fissando il soffitto (Jendrassich); obbligare l'individuo a leggere ad alta voce e rapidamente (Rosembach); fargli stringere con forza un braccio dell'osservatore (Lafenauer); fargli guardare il soffitto e respirare profondamente (Krönig).

Gli autori dicono: avvenire raramente che, con questi metodi ausiliari, non si arrivi ad un buon risultato; sta di fatto che ogni pratico sa, come, niente affatto raramente, non si riesce, anche in soggetti sani nel sistema nervoso e pur mettendo in uso tutti i mezzi suddetti, a provocare un bel riflesso rotuleo pronto e vivace che sgombri il campo delle ipotesi diagnostiche, da dubbi ed incertezze; per cui a volte si dichiara come assente un riflesso che in realtà esiste, con quali conseguenze per la serietà di una diagnosi è facile pensare. La molteplicità stessa degli espedienti proposti comprova, del resto, la loro efficacia relativa.

Un'attitudine che ho trovato molto favorevole per la provocazione del riflesso rotuleo e che a me pare, per i risultati conseguiti in qualche centinaio di osservazioni, riesca anche in quei casi nei quali è fallita ogni altra maniera, è quella che qui descrivo e propongo: soggetto disteso in decubito laterale, le spalle rivolte all'esaminatore, le coscie leggermente flesse sul bacino e le gambe appena flesse sulle coscie: qualcosa di simile alla posizione detta « a cane di fucile »; il tronco poggia sul piano del letto: la testa è alquanto rialzata e gli arti superiori sono in abbandono sul petto o si incrociano mollemente sulla testa. Il colpo stimolatore percuote il tendine rotuleo di quell'arto che viene ad essere soprastante; poi, senza far mutare nulla nella posizione dell'individuo, quello dell'altro arto. Si può, più convenientemente, per avere dati comparativi precisi e non trascurare le eventuali variazioni quantitative imputabili alla differente situazione dei due arti, far variare l'ordine del decubito, destro o sinistro, e ricercare il riflesso, volta a volta, nell'arto soprastante, in quello, cioè, che è opposto al lato del decubito: in condizioni quindi di assoluta identità. La risposta, in ogni caso, all'infuori, s'intende, di individui anormali ed ammalati nel sistema nervoso, viene pronta e sicura: nessuna causa estrinseca sembra interferire nella manifestazione del fenomeno del ginocchio.

Gli è che questa posizione realizza appieno e senza il concorso di alcun artifizio, le condizioni volute per mettere in evidenza il riflesso rotuleo. Il decubito laterale è, in genere, quello istintivamente e spontaneamente preso dall'uomo che si dispone al riposo fisico; è la posizione di benessere che si conserva, o si prende, durante il sonno, come quella che consente un completo rilasciamento non solo dei muscoli degli arti inferiori ma anche di quelli di ogni altra parte del corpo; è la posizione di quiete, di tranquillità corporea, di indifferenza; la comoda ed abitudinaria posizione che sopisce ogni eccitazione psichica ed evita ogni difesa muscolare « di sospetto »; che riduce al minimo ogni abnorme eccitazione periferica originantesi nei tegumenti o nelle superfici delle articolazioni che vengono a trovarsi nella, per loro, ottima posizione di riposo. D'altra parte l'attenzione del soggetto è distratta dalle manovre dell'osservatore il quale agisce, non visto, alle di lui spalle, sicchè il colpo del martelletto arriva repentino ed inaspettato. Si realizzano, così, le migliori condizioni perchè il riflesso possa manifestarsi integralmente secondo il reale stato fisiologico o patologico della sezione del sistema nervoso che si esplora.

In especial modo vantaggiosa, poi, questa posizione di riposo mi risulta essere nelle donne, nei bambini, negli obesi, negli eretistici, nei nevrastenici, negli ansiosi: soggetti nei

quali è davvero difficile, spesso impossibile, per quanto si faccia e si provi, ottenere un soddisfacente rilasciamento muscolare e la calma necessaria al buon esito della prova; nonchè in ammalati di svariate affezioni mediche o chirurgiche, i quali non possono essere messi a sedere, nè stare supini, nè incrociare le coscie (piaghe da decubito, processi flogistici delle natiche, lesioni osteo-articolari sacroiliache, ecc.).

Oramai le constatazioni fatte in moltissimi individui, insieme alla critica valutazione dei vari metodi di ricerca, mi consentono di ritenere che la posizione in decubito laterale è la più conveniente, la più semplice e, *coeteris paribus*, la più sicura per mettere in evidenza il riflesso tendineo patellare.

Aggiungo che questa posizione, pare, per quello che ho potuto sinora osservare, anche la migliore per provocare il riflesso achilleo; ma per questo mi riservo di procedere ad ulteriori indagini comparative ed a più obbiettivi apprezzamenti.

RIASSUNTO.

L'A. ha trovato che la posizione più conveniente per provocare il riflesso rotuleo è quella in decubito laterale con coscie e gambe leggermente flesse; normale « posizione di riposo » che consente un completo rilasciamento dei muscoli degli arti inferiori e distrae l'attenzione del soggetto, in modo che il riflesso può essere apprezzato senza riserve legittimate dalla possibile influenza di cause estrinseche.

BIBLIOGRAFIA.

FUMAROLA. *Diagnostica delle malattie del sistema nervoso*.

FERRIO. *Diagnosi delle malattie del sistema nervoso*.

STRÜMPELL. *Diagnostik der Wichtigsten Nervenkrankheiten*.

LEWANDOWSKY. *Neurologia pratica*.

NOTHNAGEL. *Patologia medica*. (*Sistema nervoso*).

MATTIROLO. *Diagnostica delle malattie nervose*.

MARTINET. *Diagnostic clinique*.

Rivista di patologia nervosa, vol. XV, XXIII, XXX.

AKERBLOM. *Une méthode pour l'examen du réflexe patellaire*. Revue neur., 1908.

BOETTINGER. *Nouveau moyen de mettre en évidence le réflexe patellaire*. Ibid., 1911.

DODGE. *Exploration du réflexe patellaire normale*. Ibid., 1912.

BRUN. *Un nouveau mode de recherche du réflexe rotulien*. Journ. des prat., 1910.

GIANNELLI. *Sulla mancanza dei riflessi rotulei nei sani*. Policlinico, Sez. prat., 1909.

RIVISTA SINTETICA

CLINICA MEDICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA.

Le indicazioni extra-diabetiche della terapia insulinica.

Dott. C. TOSCANO, assistente.

Il moltiplicarsi, in questi ultimi anni, delle osservazioni e delle ricerche sul meccanismo di azione dell'insulina nell'organismo sia normale che diabetico, ha portato a numerosi tentativi di applicazione della terapia insulinica. Era naturale che la nozione delle influenze molteplici che l'insulina è capace di esercitare sia sull'equilibrio nutritivo, che sul ricambio cellulare energetico, dovesse suggerire una serie di indicazioni per l'uso della terapia insulinica al di fuori del diabete. L'azione dell'insulina sulla glicogenesi, sul metabolismo delle proteine e dei grassi, donde deriva la sua proprietà antichetogena, costituivano la base logica del suo impiego nei vomiti incoercibili della gravidanza, negli accidenti acetonemici post-operatori, nei vomiti ciclici dell'infanzia e in certe affezioni epatiche accompagnate o no da ittero. D'altra parte esperimenti sugli animali hanno dimostrato che l'insulina attiva le ossidazioni cellulari e facilita l'assimilazione del glucosio e la sintesi del glicogene nelle cellule dei muscoli e probabilmente anche degli altri tessuti. Da questa nozione sono derivate altre indicazioni per la terapia insulinica (piaghe torpide, ulcera cronica della gamba, infezioni ribelli della cute, affezioni vascolari, ecc.). Tanto l'azione sul fegato e sull'equilibrio nutritivo che l'azione periferica suggerivano poi l'uso dell'insulina come mezzo terapeutico prezioso contro gli stati più o meno gravi di denutrizione; ed è infatti in questo campo che l'insulinoterapia ha realizzato, al di fuori del diabete, i più evidenti successi. Ma non è tutto. L'osservazione degli effetti ipotensivi che seguivano talora alle iniezioni di insulina, gli studi sulle varie correlazioni funzionali fra pancreas e tiroide, surrene, ipofisi, ovario, ecc. aprivano un nuovo e vasto campo alle investigazioni dei clinici, moltiplicando le indicazioni terapeutiche dell'insulinoterapia e alimentando la speranza di poter riconoscere in questo prezioso ormone un ausilio terapeutico efficace contro affezioni morbose le più diverse.

Il medico pratico che volesse avventurarsi nel pelago delle discussioni e delle ipotesi sull'intimo meccanismo delle molteplici influenze fisiologiche dell'ormone pancreatico, allo scopo di ricavarne delle idee precise sulle indicazioni della terapia extradiabetica dell'insulina, si troverebbe non poco imbarazzato, tanto la letteratura sull'argomento è ricca e tanti, malgrado ciò, sono i punti oscuri o non sufficientemente chiari che tuttora appassionano gran numero di studiosi. Non è dubbio che, come

le nozioni già acquisite sul meccanismo di azione dell'insulina, hanno portato a saggiarne l'uso in molteplici condizioni morbose, così le osservazioni che in questo campo si succedono sono destinate ad illuminare molti lati del complesso problema del meccanismo intimo di azione dell'insulina. E in definitiva le migliori e più complete nozioni teoriche serviranno a chiarire molti problemi pratici. E' dunque utile che l'esperienza di ogni medico arricchisca di nuove osservazioni un problema di così grande importanza. Scopo di questa rivista è di passare in rassegna quanto di più notevole la letteratura ha offerto in questi ultimi anni all'attenzione degli studiosi e dei pratici sull'argomento, sintetizzando le indicazioni più importanti in brevi precetti che potranno, lo spero, tornare utili al medico pratico.

Terapia insulinica di ingrassamento. E' noto che la cura di iperalimentazione in soggetti fortemente denutriti difficilmente conduce a risultati favorevoli. L'insuccesso è il più delle volte dovuto alla invincibile anoressia dell'ammalato e talora anche alla abnorme elevazione del suo metabolismo organico. Ora, avendo l'insulinoterapia nei diabetici dimostrato che l'ormone pancreatico ha una indubbia azione trofica sui tessuti, si pensò che esso potesse giovare anche in individui non diabetici ma denutriti. Il metodo è stato ed è largamente applicato dai pediatri negli stati di grave denutrizione della prima infanzia e si è dimostrato molto utile anche negli adulti.

I risultati ottenuti dai pediatri negli stati di denutrizione generale della prima infanzia (atrepsia, ipotrofia) sono confortanti. In genere la dose di insulina da iniettare è di 1 unità per kg. di peso, per quanto gli atrepsici tollerino bene dosi di 2-3 unità per kg. Contemporaneamente si somministra largamente del glucosio per bocca o per iniezione. I risultati sono in genere eccellenti: già dopo pochi giorni di cura si constata aumento di peso, che si rende più evidente nella seconda settimana di cura, mentre le condizioni generali vanno migliorando; l'appetito è stimolato, l'ammalato ha un senso di benefica euforia.

Quando siano rispettate le indicazioni della cura e le modalità di essa, non c'è da temere inconvenienti dall'uso anche protratto dell'insulina. Lievi fenomeni ipoglicemici, come pallore e sudorazione, sono rari e passeggeri. I risultati sono particolarmente buoni nei casi di distrofia dovuta ad ipoalimentazione più o meno protratta. Evidentemente non si può pretendere che, nei casi di denutrizione che sono conseguenza di speciali stati morbosi (lues, tubercolosi) l'insulinoterapia apporti da sola un miglioramento delle condizioni generali; ma negli stati puri di denutrizione si possono ottenere i migliori risultati.

Secondo G. Roi negli stati di denutrizione generale della prima infanzia l'insulina agirebbe:

a) attivando l'azione glicogenetica e glicopessica del fegato;

b) provocando una migliore utilizzazione degli idrati di carbonio con conseguente aumento dell'appetito, del turgore dei tessuti e con formazione di riserve grassose;

c) esercitando un'azione frenatrice sui processi disassimilativi;

d) convertendo lo stato di acidosi in uno stato di alcalosi;

e) correggendo una probabile disfunzione pancreatica col favorire l'assorbimento dei grassi da parte dei villi intestinali;

f) stimolando beneficamente tutto il sistema neuro-endocrino.

Negli adulti l'insulinoterapia a scopo ingrassante è particolarmente utile negli astenici, sopratutto nei giovani convalescenti ed in generale in tutti i casi di anoressia ribelle. In queste forme l'insulina riesce a ridestare l'appetito e ad accelerare il riassorbimento gastrointestinale. Si ottiene così un rapido aumento di peso, che in gran parte si mantiene anche dopo sospesa la cura. In qualche caso il peso continua persino ad aumentare. Influisce allora probabilmente il fattore psichico, poichè il paziente si abitua ad ingerire una maggiore quantità di alimenti. Risultati meno buoni e talora nulli si ottengono invece nei magri eretistici, individui che non riescono ad aumentare di peso malgrado introducano una quantità di alimenti anche abbondanti. Esiste in questi casi un aumento abnorme delle ossidazioni contro il quale a nulla vale, in genere, l'insulina; in qualcuno di questi casi si può essere anche costretti ad interrompere la cura.

Come si è già detto, i migliori risultati si ottengono nei magri astenici, in individui cioè i quali, senza essere veramente malati di stomaco o di intestino, non possono essere sottoposti ad una cura dietetica di ingrassamento per deficienza di appetito e per il senso di ripienezza che li vince dopo l'ingestione un po' copiosa di alimenti. Anche nei dispeptici però dà buoni risultati l'associare la cura insulinica con i comuni preparati terapeutici. Le malattie organiche dell'apparato digerente costituiscono invece una controindicazione all'uso dell'insulina. Nel carcinoma si osserva talora un miglioramento dello stato di nutrizione, ma quando interviene la cachessia gli aumenti di peso che si osservano dipendono solo da accumulo di acqua. Non costituiscono invece controindicazioni le malattie di cuore e dei polmoni. Delle indicazioni della insulinoterapia nella tubercolosi polmonare diremo appresso. Riguardo alle malattie di cuore, occorre avvertire che particolari cautele devono essere usate nei cardiopazienti. Occorre in questi casi evitare con ogni cura lo stato ipoglicemico. Wiechmann e Koch mettono in guardia contro i pericoli della ipoglicemia nei soggetti con gravame circolatorio. Nello stato ipoglicemico la quantità del sangue è diminuita, così pure la viscosità; si possono riscontrare rumori aortici diastolici

transitori, polso celere, cuore percussoriamente ingrandito verso sinistra. Estremamente pericoloso è lo stato ipoglicemico specie nei casi di *angina pectoris* e di insufficienza aortica.

Per ciò che riguarda le modalità dell'uso dell'insulina a scopo ingrassante valgano i seguenti precetti del Fellegi (*Med. Klin.*, n. 7, 1929).

L'insulina va data in dosi adatte. Si può andare fino a due iniezioni giornaliere di 25-30 unità, ma solo in casi particolari. In genere è bene tenersi assai al di sotto. Bisogna tener conto del fatto che l'aumento di peso non va parallelo con la quantità di insulina adoperata; spesso anzi, e particolarmente nei soggetti magri che hanno buon appetito, le dosi minori dànno i risultati migliori. Nei soggetti invece in cui la magrezza deriva da disappetenza completa e nei quali non esiste alcuna lesione organica è necessario spesso l'uso di forti dosi di insulina, poichè le piccole dosi riescono inefficaci.

La cura va iniziata con dosi piccole progressivamente crescenti per abituare l'organismo e per non esporre i pazienti a delusioni in base all'aumento di peso della prima settimana. E' bene che i pasti non comincino con un eccesso di idrati di carbonio, per non sciupare presto l'appetito.

I disturbi ipoglicemici sono assai rari nei soggetti non diabetici e dipendono in gran parte da particolare sensibilità dell'ammalato all'insulina e dalla rapidità dell'azione dell'insulina stessa, anch'essa variabile in base a numerosi fattori individuali. I pasti devono essere ricchi di idrati di carbonio (almeno due grammi per ogni unità di insulina iniettata) e le iniezioni devono essere fatte 1/2 ora circa prima di ogni pasto. La cura va in generale prolungata per 15-30 giorni e talora può anche ripetersi dopo un certo intervallo.

Terapia insulinica di ingrassamento nella tubercolosi polmonare. E' questo un argomento molto controverso. Accanto a numerosi AA. (Grossfeld, Lepskja e Rachlin, Moutier, Olzcwski, Kidal, Selter, Frank, Morin e Bouessée, Berri, Hofhauser e Schön) che si dichiarano favorevoli alla insulinoterapia nella tubercolosi polmonare, altri numerosi (Arlenstiel, Dumarest e Theodoresco, Pic Delore e Kiidjean, Cordier, Herich, Durmer e Dorn, Benès) sono più o meno sfavorevoli a tale terapia. L'argomento merita di essere seriamente considerato perchè, se i vantaggi notevoli che l'insulinoterapia sembra procurare in molti casi di tubercolosi devono essere presi in seria considerazione dal medico pratico invogliandolo a non trascurare un sussidio terapeutico che può risultare prezioso per l'ammalato, le riserve e le critiche che da più parti vengono avanzate devono indicare al medico la via della più scrupolosa prudenza.

I buoni risultati osservati si riferiscono al notevole aumento di peso dell'ammalato, che coincide con un miglioramento dell'appetito e dello stato di nutrizione e con un'azione eutrofica rimarchevole. Gli accidenti di cui si incolpa l'uso dell'insulina nei tubercolotici polmonari sono essenzialmente i seguenti: reazioni focali allarmanti; evoluzione folgorante in casi apparentemente stabilizzati; possibilità di accidenti proteinici, come si osservano in tutte le cure fatte a mezzo di insulina, ma evidentemente più pericolosi nei tubercolotici; abbassamento della pressione arteriosa.

La sola enunciazione di tali incidenti, ma specialmente il pericolo dello scoppio di fenomeni evolutivi a rapido decorso, indica quale responsabilità si assuma il medico, intraprendendo in malati di tubercolosi polmonare una cura insulinica e impone la massima cautela sia nella scelta dei casi da trattare sia nelle modalità del trattamento. Sulla guida delle conclusioni di Combemale, Gernez e Bréton (*Annales de Médecine*, t. XXVI, n. 5, dic. 1929) i criteri che devono guidare il medico nel trattamento insulinico a scopo ingrassante dei tubercolotici si possono così riassumere:

1) L'insulina non deve essere sistematicamente somministrata a tutti i tubercolotici. Essa deve essere proscritta nei malati evolutivi, subfebbrili o a temperatura instabile, negli ipotèsi, nei soggetti emoftoici.

2) L'insulina non deve essere somministrata a dosi troppo importanti. Dose giornaliera ottima: 30 unità in due iniezioni.

3) I malati devono essere attentamente sorvegliati ed il trattamento immediatamente interrotto se compare il minimo incidente (seguire attentamente la temperatura e la pressione arteriosa).

Quanto alle modalità della cura valgono in genere gli stessi criteri seguìti per ogni cura ingrassante con l'insulina: dieta ricca di idrati di carbonio, due iniezioni pre-prandiali di insulina a dosi iniziali molto piccole, progressivamente crescenti, in modo da raggiungere la dose massima in otto giorni circa, durata della cura da tre a quattro settimane.

In conclusione, la cura insulinica di ingrassamento nella tubercolosi polmonare è in molti casi indicata e può recare vantaggi reali e durevoli agli infermi. Essa va però applicata con grande discernimento e con tutte le cautele che la natura della infermità con cui si ha da fare suggeriscono, tenendo conto delle numerose osservazioni già fatte al riguardo. Essa, a mio modo di vedere, potrà trovare la sua applicazione in case di cura o in istituti clinici particolarmente attrezzati per il trattamento dei tubercolotici o comunque in circostanze tali che permettano non solo una rigorosa selezione dei casi da trattare, ma anche una scrupolosa sorveglianza degli infermi che ad essa vengono sottoposti.

Esula dal mio còmpito trattare il quesito della cura insulinica nei diabetici affetti da tuber-

colosi polmonare. A solo titolo di notizia riporterò, a questo riguardo, le conclusioni di un lavoro recente di Labbé, Boulin e Justin-Besançon favorevoli alla associazione dell'insulina e del pneumotorace uni- o bilaterale nei diabetici tubercolosi.

Terapia ipotensiva. Trattamento delle affezioni vascolari periferiche. Estratti pancreatici desinsulinizzati. Fra le proprietà terapeutiche dell'insulina ha richiamato l'attenzione degli studiosi negli ultimi anni quella che attribuirono all'ormone insulare una influenza notevole sulla pressione del sangue. Gli studi di Jung e Auger e di Gley e Kisthinios hanno messo all'ordine del giorno il problema dell'azione ipotensiva dell'insulina. Jung e Auger hanno dimostrato che l'insulina, come è attualmente preparata, determina nel cane un abbassamento progressivo nella pressione arteriosa, che raggiunge il suo massimo di intensità in due o tre ore. Essi hanno osservato che questa depressione è indipendente dall'abbassamento della glicemia, che si potrebbe anche, sperimentalmente, farla coincidere con l'iperglicemia. Aumentando le dosi di insulina (fino a 2-3 unità fisiologiche per Kg.) la caduta della pressione diviene in generale più spiccata, raggiungendo anche 5-6 cm. di mercurio, ma non più precoce.

Gley e Kisthinios, confermando le ricerche di Jung e Auger, hanno dimostrato che l'ipotensione realizzata nell'animale per iniezione endovenosa di estratti pancreatici non è legata al principio ipoglicemizzante dell'insulina, ma a delle impurità particolarmente abbondanti in certe insuline commerciali, a una sostanza estrattiva cioè, proveniente ugualmente dal pancreas e di cui certi preparati non sono stati sbarazzati. Nelle loro ricerche ulteriori Gley e Kisthinios sono arrivati ad isolare dal pancreas una sostanza speciale, l'angioxil, presente in certe insuline incompletamente purificate, che solo presentano la proprietà di abbassare nettamente la pressione arteriosa. Questa sostanza ipotensiva non ha azione marcata sulla glicemia.

Villaret, Justin-Besançon e Cachera hanno voluto studiare le basi fisiologiche invocate per giustificare l'impiego degli estratti pancreatici desinsulinizzati nell'ipertensione arteriosa. Essi si sono serviti dell'estratto preparato secondo le indicazioni di Gley e Kisthinios e messo in commercio in ampolle da 2 cmc. contenenti 20 unità cliniche ipotensive. L'unità clinica ipotensiva è stata definita in base agli effetti della iniezione endovenosa nel coniglio. Nell'uomo il prodotto deve essere iniettato sottocute. Gli AA. sono arrivati alle seguenti conclusioni:

1) L'estratto non ipoglicemizzante ottenuto dall'insulina e proposto in clinica sotto forma di ampolle dosate in unità ipotensive, contiene del peptone, della colina, e delle sostanze istaminiche in quantità sufficiente per spiegare la leggera ipotensione che provoca per iniezione endovenosa nell'animale.

2) Iniettando sottocute, alla dose indicata ai clinici, questo preparato, non si ottiene, nell'uomo e nell'animale, presso a poco nessuna modificazione della pressione arteriosa, dell'indice oscillometrico e del calibro delle arteriole.

3) Anche per iniezione endovenosa l'effetto del prodotto studiato sulla pressione arteriosa è estremamente debole in rapporto all'effetto degli altri ipotensivi noti.

4) La colina nell'estratto pancreatico proposto non si trova allo stato di derivato acetilico (100.000 volte più attivo e solo 3 volte più tossico).

5) La nozione di unità clinica ipotensiva, sottoposta a riserve dal punto di vista fisiologico, riguardo a questi estratti complessi, può ancora meno esser presa in considerazione dal punto di vista clinico.

Anche Marza e Vasiliu (*Spitalul*, n. 5, 1929), dopo aver ricercato il tenore in colina delle diverse marche di insulina, arrivano alla conclusione che alla colina si debba attribuire l'ipotensione che produce l'iniezione di insulina. Le iniezioni ripetute stimolerebbero l'apparecchio colinogeno, producendo l'ipotensione osservata in queste circostanze.

Se dubbia appare l'azione dell'angioxil nella ipertensione arteriosa, buoni sembrano i risultati ottenuti nella cura delle affezioni vascolari periferiche. La nozione dell'azione trofica esercitata dall'insulina sui tessuti periferici aveva portato a tentarne l'applicazione nelle affezioni vasali. Yacoel e Boyer, completando una osservazione di Ambard, Schmidt e Boyer, riferiscono d'aver ottenuto con l'insulina in un caso di arterite cronica obliterante prima la diminuzione dei dolori, poi la loro scomparsa ed insieme la scomparsa della claudicazione intermittente e l'aumento considerevole dell'indice oscillometrico nell'arto malato. Goinard, Pieri e Guedj, in un caso di endoarterite giovanile, ottennero buoni risultati dalla associazione della simpatectomia periarteriosa e dell'insulina mentre i due trattamenti isolatamente si erano dimostrati inefficaci.

Vaquez, Giroux e Kisthinios hanno esperimentato l'estratto pancreatico desinsulinizzato (Angioxil) sia nelle arteriti obliteranti che nelle aortiti e nell'angina pectoris, con risultati buoni. Accanto all'azione sul dolore essi hanno constatato con numerosi esami radioscopici un'azione trofica sulle pareti arteriose. Anche il trattamento delle ulcere varicose beneficherebbero dalle applicazioni di questa sostanza. Diremo appresso come l'estratto pancreatico desinsulinizzato si sia dimostrato efficace anche nella cura delle ulcere gastro-duodenali. La sua efficacia appare evidente non solo per applicazioni locali, ma anche quando sia som-

ministrato per iniezioni intramuscolari, il che dimostrerebbe che esso ha un'azione trofica generale sui tessuti periferici.

Terapia insulinica dell'ulcera gastro-duodenale. Le prime applicazioni dell'insulino-terapia nell'ulcera gastro-duodenale, risalgono al 1926. Feissly per il primo riportò un caso di ulcera gastrica ribelle ad ogni terapia medica guarita coll'insulina. Successivamente anche Simnitzky utilizzò come mezzo terapeutico nelle ulcere gastro-duodenali l'insulina. Gli esperimenti furono eseguiti su tre gruppi di infermi: 1° pazienti con ulcera peptica recente; 2° con ulcera recidivante; 3° con ulcera complicata. Alla abituale dieta degli infermi furono aggiunti 100 gr. di *purée* di patate tanto nel pasto del mattino che in quello della sera. L'insulina fu somministrata per iniezioni sottocutanee a dosi variabili da 20 a 40 unità giornaliere in due iniezioni prima dei pasti principali. Dopo pochi giorni, nei casi di ulcere peptiche recenti, cominciò a manifestarsi diminuzione del dolore, miglioramento subiettivo ed aumento di peso, fenomeni che l'A. giudica dovuti alla diminuzione dell'acidosi. Gli effetti utili della cura si mantennero in alcuni casi per tre o quattro mesi, nella maggior parte per più tempo ancora. Risultati meno brillanti, ma sempre utili, l'A. ottenne nelle ulcere complicate ed in quelle recidivanti.

Alle osservazioni del Feissly e del Simnitzky altre ne seguirono ed in qualche caso (Feissly, Goyena, Horowitz) si è potuto parlare di guarigione. Recentemente Cade e Barral hanno comunicato all'Accademia di Medicina di Parigi i risultati del trattamento insulinico da loro applicato in 25 malati di ulcera gastro-duodenale. È loro sembrato che in un numero notevole di casi la cura porti ad un rapido miglioramento dei fenomeni dolorosi, ma la loro esperienza personale non permette di parlare di guarigione. I malati con stenosi organica o con perigastrite non sembrano beneficiare del trattamento insulinico, che è controindicato quando si sospetti una neoplasia. Gli AA. hanno usato dosi deboli di insulina (15 unità al giorno) per circa 20-25 giorni, ripetendo il trattamento dopo qualche mese. Nei casi in cui non si manifestava un miglioramento sufficiente, associavano al trattamento insulinico l'ingestione di glucosio (da 20 a 80 gr.). Il meccanismo d'azione dell'insulina in tali casi sembra agli AA. poco chiaro; in ogni caso il trattamento non diminuisce anzi in generale fa aumentare l'acidità gastrica.

Sono anche da segnalare i buoni risultati ottenuti nel trattamento dell'ulcera peptica da Dimitracoff, della Facoltà di Sofia, con l'uso dell'estratto pancreatico desinsulinizzato, preparato secondo le indicazioni di Gley e Kisthinios. Il Dimitracoff avrebbe ottenuto delle vere guarigioni cliniche con una serie di iniezioni intramuscolari quotidiane continuate per circa 30 giorni. Il consolidamento dei risultati locali ottenuti (controllati radiologicamente) richiede un prolungato regime di prudenza alimentare.

Per gli AA. che si sono occupati di questo argomento, gli estratti pancreatici, contengano o no la sostanza ipoglicemizzante, si dimostrano attivi nel trattamento delle ulcere gastroduodenali. Ignoto resta però il meccanismo di questa azione. Sono state avanzate numerose ipotesi, ma il problema è ben lungi dall'essere risolto. La prima ipotesi, sostenuta da Feissly, è basata sulla supposta azione alcalinizzante dell'insulina. Se però l'insulina agisce rapidamente sull'acidosi diabetica, questa azione è certamente meno evidente e meno costante al di fuori del diabete. D'altra parte numerose ricerche (Stemb, Guntner e Fröhlich, Boothby e Weiss), hanno dimostrato che la riserva alcalina è appena modificata dall'insulina,. cosicchè nulla dimostra che l'ormone pancreatico agisca nelle ulcere gastro-duodenali aumentando la riserva alcalina.

Secondo Simnitzky l'insulina, facendo scomparire la vagotonia, modificherebbe la motilità gastrica diminuendo la tendenza agli spasmi; oltre a ciò eserciterebbe anche un'azione alcalinizzante. Ma anche questa ipotesi non si basa su dati fisiologici. Ricordiamo come gli esperimenti di Cade e Barral abbiano dimostrato un aumento della acidità gastrica dopo il trattamento insulinico, fatto questo che starebbe ad indicare una eccitazione del parasimpatico.

Una terza ipotesi è stata proposta da Kessiakoff. Secondo questo A. l'insulina agirebbe nei casi di ulcera gastro-duodenale diminuendo la glicemia, sempre superiore alla norma in questi malati. Contro questa ipotesi stanno però i risultati ottenuti da Dimitracoff con gli estratti pancreatici desinsulinizzati, risultati che tolgono ogni valore alle modificazioni glicemiche nella interpretazione dell'azione favorevole degli estratti pancreatici nel trattamento delle ulcere in genere e delle ulcere gastro-duodenali in particolare.

Vaquez e Kisthinios, basandosi sui risultati ottenuti con gli estratti desinsulinizzati nel trattamento delle arteriti obliteranti, delle aortiti e dell'*angina pectoris,* pensano ad un'azione trofica generale sui tessuti periferici, azione che spiegherebbe i buoni risultati ottenuti con gli estratti pancreatici anche nelle ulcere varicose. Tale azione si eserciterebbe, secondo Vaquez, essenzialmente sui vasi periferici. E' questa, allo stato attuale, l'ipotesi meritevole di maggiore considerazione. E' comunque augurabile che ulteriori osservazioni e nuove ricerche chiariscano un problema che, se ha notevole importanza dal punto di vista della terapia dell'ulcera gastro-duodenale, ha un valore ancora più grande ai fini della conoscenza del meccanismo d'azione degli estratti pancreatici in molte condizioni morbose.

Terapia insulinica del morbo di Flajani-Basedow. L'idea di curare il morbo di Flajani-Basedow con l'insulina fu suggerita dalla ipotesi dell'antagonismo fra gli ormoni tiroidei e pancreatici. Coffin nel 1924 usò l'insulina in tre basedoviani, notando miglioramento dei sintomi, che attribuì ad una diminuzione della secrezione tiroidea indotta dall'insulina. In un caso di gozzo esoftalmico in soggetto luetico gli effetti utili furono scarsi.

Il Lawrence ottenne in due casi un marcato miglioramento che in un malato arrivò fino alla scomparsa di ogni sintomo clinico. In altri due malati, affetti da adenoma tiroideo, si ebbe un miglioramento dello stato generale, ma nessun benefico effetto sulla sintomatologia clinica.

Goffin e Schlosse, in malati sottratti ad ogni suggestione, nei quali i medicamenti abituali si erano dimostrati inefficaci, hanno seguìto per circa due anni gli effetti della cura insulinica. Nella maggior parte dei casi studiati hanno constatato il rallentamento del polso, un aumento del peso e la diminuzione del ricambio basale.

Recentemente Mouriquand ha comunicato alla Società medica degli Ospedali di Lione i buoni risultati ottenuti in un caso di morbo di Flajani-Basedow dalla associazione lugol-insulina.

Questi risultati sono, almeno apparentemente, in contraddizione con il cattivo esito della cura insulinica nei magri eretistici, nei quali esisterebbe un ipertiroidismo. In qualche caso anzi l'insulinoterapia, applicata a questi magri con appetito buono e ricambio accelerato, avrebbe provocato dei fenomeni di ipertiroidismo temporaneo. Appare dunque desiderabile uno studio sistematico e su larga scala dei rapporti tra insulina e secrezione tiroidea, studio che potrebbe portare ad eliminare ogni dubbio sulla convenienza o meno dell'uso dell'insulina nella terapia del morbo di Flajani-Basedow, mentre potrebbe forse anche recare dei lumi nei problemi patogenetici che si agitano intorno a questa malattia.

Ricordo a questo riguardo il fatto notato da Jacksch e successivamente da Idlein che, come una parte di malati di morbo di Flajani-Basedow non reagisce in nessun modo all'insulina, così in altri casi, con disturbato ricambio dei carboidrati, i quali hanno un'origine tireogena (non pancreatogena), la insulinoterapia rimane del tutto inefficace.

L'insulinoterapia nella pratica pediatrica. La indicazione più importante della terapia insulinica in pediatria è data dagli stati di grave denutrizione della prima infanzia. Ma di ciò abbiamo già parlato a proposito delle cure insuliniche di ingrassamento.

Una seconda indicazione della insulinoterapia nell'infanzia riguarda, come si è già detto, i vomiti acetonemici, stato che è caratterizzato da vomito incoercibile con fenomeni di collasso ed è accompagnato da intensa acetonemia ed acetonuria. In queste forme l'insulina, accompagnata da iniezioni endovenose di soluzione concentrata di glucosio o seguìta da un pasto ricco di carboidrati, dà buoni risultati.

L'insulina nei vomiti incoercibili agisce facendo sparire rapidamente i due sintomi principali, il vomito e l'acetonemia. La sua azione è sintomatica e transitoria, ma se si tien conto che i vomiti acetonemici periodici, pure essendo un'affezione benigna, possono in qualche caso, per il frequente ripetersi degli attacchi, produrre la morte, appare evidente l'utilità grande di questa terapia. La quantità di insulina dovrà variare secondo l'età dei malati: in genere basta una unità clinica per chilogrammo di peso.

L'insulinoterapia è stata preconizzata anche nella cura della spasmofilia e della rachitide. Tutti quei momenti che deprimono il ricambio o che aumentano i processi disassimilativi o che influenzano il ricambio dello zucchero per deficiente apporto, agiscono spesso, se non sempre, favorendo l'istituirsi della spasmofilia o del rachitismo. Ciò spiega come i momenti che favoriscono i processi assimilativi abbiano una efficace azione curativa e profilattica in queste malattie. Poichè poi tanto nella spasmofilia che nel rachitismo il disturbo può aver sede o nelle stazioni di consumo dei carboidrati o nelle stazioni di deposito del glicogeno, la terapia può proporsi sia di mobilizzare i depositi in modo da fornire maggiore quantità di glucosio alle stazioni di consumo, sia di migliorare i processi di assimilazione nelle stazioni di consumo. Il primo còmpito può essere assolto dall'adrenalina, il secondo dall'insulina.

In base a questi concetti Adam già nel 1925 proponeva la somministrazione contemporanea di insulina, adrenalina e zucchero. Nella maggior parte dei casi così curati notò in poche ore scomparsa o miglioramento dei fenomeni di spasmofilia. Adam consiglia di somministrare 1-1/2 unità di insulina per Kg. di peso e 0,5-1,0 cmc. di soprarenina. Subito dopo l'iniezione e poi ogni mezz'ora nelle successive tre ore, 3-5 gr. di glucosio (in soluzione al 10%) *per os* o per via sottocutanea.

Roi in una serie di ricerche eseguite in soggetti rachitici ha osservato che la terapia insulinica da sola non dà risultati apprezzabili, mentre l'insulina associata alla somministrazone di sali di calcio, favorisce la fissazione del catione Ca più di quanto non lo faccia la terapia oleo-fosforato. Il Roi ritiene che tale azione sia la conseguenza della modificazione dell'equilibrio acido-basico prodotto dall'insulina nel senso dell'alcalosi.

L'insulinoterapia nella pratica chirurgica. Indipendentemente dal trattamento preoperatorio dei diabetici, l'insulina può recare in chirurgia notevoli vantaggi in condizioni di-

verse. L'indicazione principale è data dalla iperglicemia e dall'acidosi post-operatoria. Secondo Beresow il trauma operatorio e la narcosi provocano nell'organismo una diminuzione dei processi ossidativi, che si manifesta da una parte con il ritardo nell'assimilazione dello zucchero e con il suo accumulo nel sangue, d'altra parte con l'accumulo nel sangue di acidi organici, che abbassano la riserva alcalina. Qualunque ne sia la spiegazione, l'iperglicemia post-operatoria è quasi di regola, specie negli operati sottoposti a narcosi generale, mentre l'acetonuria si verifica in circa il 40-50 % dei casi e specialmente nelle donne. Gli AA. che si sono occupati di questo argomento considerano utile il trattamento preoperatorio con insulina e siero glucosato. Il decorso post-operatorio negli ammalati così trattati sembra essere migliore che nei malati non trattati, per la minore frequenza di cefalea, nausee e vomiti.

Fischer ha usato con vantaggio la terapia glucosio-insulina oltre che nell'acidosi non diabetica e nello shok chirurgico, anche contro il vomito tenace della peritonite acuta. L'insulina può anche servire come mezzo corroborante nella convalescenza di operazioni in pazienti molto defedati, per esempio nei casi di resezioni gastriche, di prostatectomia, di nefrectomia. Inoltre la somministrazione endovenosa di glucosio e di insulina può essere utilissima per nutrire malati chachettici, specie quando si sia costretti a limitare o ad interrompere l'alimentazione orale, per esempio dopo laboriose resezioni gastriche, peritoniti da perforazione, ileo. Secondo Orator le iniezioni endovenose di glucosio-insulina sarebbero anche utili per abbreviare il periodo preparatorio all'operazione nei basedoviani gravi e per accelerarne la guarigione.

Anche l'azione eutrofica dell'insulina merita di essere utilizzata in chirurgia, ove è capace di rendere reali servizi. Così Tavernier e Barral, recentemente, riportano i buoni risultati ottenuti con l'uso dell'insulina in un caso di piaga atonica, nella cicatrizzazione di escare sacrali e sacro-lombari in un caso di frattura della colonna vertebrale con paraplegia completa, ed in un resecato del ginocchio con lentissima consolidazione.

Il trattamento insulinico, a dosi piccole (15 unità circa) non deve, secondo Tavernier e Barral, essere interrotto bruscamente, ma continuato a dosi decrescenti per 8 giorni dopo la guarigione. In certi casi l'insulina, che sembrava non agire da sola, divenne efficace con l'aggiunta di glucosio.

L'insulinoterapia nella pratica ostetrica. Abbiamo già detto come l'azione dell'insulina sul fegato costituisca la base logica per il suo impiego nei vomiti incoercibili della gravidanza. Già nel 1924 Thalbimer portava un contributo di 5 casi di iperemesi gravidica curati, con eccellenti risultati, con l'insulina. Il Thalbimer associava l'insulina alle iniezioni endovenose di soluzioni glucosate al 10 % (2-3 gr. di glucosio per ogni unità clinica di insulina). Anche Hoet associa all'insulina, a dosi crescenti, il glucosio (3 gr. per unità). Bompiani trova che la terapia insulinica giova nell'iperemesi, nell'albuminuria grave e nell'eclampsia, in quanto migliora le condizioni dell'acidosi. Gli effetti di tale terapia sono superiori a quelli della semplice terapia glucosata e più duraturi. Miranda e Tesauro, nell'eclampsia associano allo svuotamento dell'utero la terapia insulinica. Hanno così ottenuto un aumento stabile della riserva alcalina con diminuzione e poi scomparsa dell'acidosi e diminuzione della lattacidemia.

Nella glicosuria non diabetica delle gravide, secondo M. Labbé l'insulina è di nessuna utilità, anzi può essere dannosa, così come nell'acidosi della gestazione che si osserva in circa la metà di tutti i casi di gravidanza e che non è dovuta ad una chetosi.

L'insulinoterapia nella pratica dermatologica. L'insulina è stata adoperata in dermatologia con successo nella foruncolosi, nelle piodermiti, nel prurito anche inveterato e specialmente nell'ulcera cronica della gamba e nelle piaghe torpide. Nelle piaghe torpide l'insulina viene generalmente usata per applicazioni locali, con benefici notevoli ed immediati (pronta formazione di granulazioni con rapido avviamento alla epitelizzazione). Gatè e Barral hanno usato con buoni risultati l'insulina per iniezioni sottocutanee a piccole dosi (15 unità di Iloglandolo *pro-die*) in casi di ulcere delle gambe in cui l'etiologia sifilitica o varicosa non era evidente. In qualche caso associavano alle iniezioni di insulina l'ingestione di zucchero.

I tentativi di cura insulinica nella psoriasi sono stati infruttuosi. Scarsi risultati si sono anche ottenuti nell'eczema. Langron recentemente ha illustrato alla Soc. Médical des Hôp. de Paris un caso di eczema della faccia, di cui la comparsa era legata ad anafilassi digestiva e nel quale la cura insulinica portò la guarigione

Benc in quattro casi di dermatite esfoliativa post-neosalvarsanica ha ottenuto con l'insulina, da sola o combinata con la Röntgenterapia, ottimi risultati. In questi casi esistevano dei disordini a carico del fegato e l'A. attribuisce la favorevole azione dell'insulina al miglioramento da essa indotto sulla funzionalità epatica.

Altre indicazioni della insulinoterapia. Abbiamo passato in rivista le principali indicazioni extra-diabetiche della terapia insulinica, cercando di mettere in evidenza i risultati più significativi e le indicazioni pratiche più importanti. Ma chi scorra la ricchissima letteratura che in pochi anni si è accumulata sull'ar-

gomento, non può non restare impressionato dalla molteplicità e dalla varietà delle condizioni morbose nelle quali la terapia insulinica è stata tentata. Molteplicità e varietà di indicazioni che non potrebbe non provocare una spiegabilissima perplessità in chi, dai buoni effetti vantati, volesse risalire al meccanismo con cui nei singoli casi tali effetti possano essere giustificati. Ma non è mio còmpito affrontare un tale problema, a proposito del quale rimando alle poche considerazioni fatte al principio di questo articolo. Nè d'altra parte si vuole qui aprioristicamente svalutare i risultati riferiti da AA. in tutto degni di fede. Piuttosto il compilatore di questa rivista vuole giustificare la necessità di elencare un po' alla rinfusa alcune indicazioni terapeutiche dell'insulina non ancora passate al vaglio di una sufficiente esperienza clinica.

Così Froment e Mouriquand, Froment, Christi e Badinant non solo attirano l'attenzione degli studiosi sugli effetti rimarchevoli ottenuti dalla terapia insulinica nel trattamento della cachessia parkinsoniana, ma dimostrano anche che l'insulina può da sola attenuare la rigidità parkinsoniana. Puech ha visto in due casi di piressia prolungata, una di origine indeterminata, l'altra dovuta a melitococcia, cadere la temperatura in modo definitivo in coincidenza con la somministrazione di insulina. Silberstein, Pittaluga e Cioffari ammettono che l'insulina abbia un potere terapeutico anche nei casi di tumori maligni. Ricordo a questo proposito le ricerche del Rondoni sull'azione accellerante della somministrazione parenterale di glucosio sullo sviluppo di tumori trapiantabili di piccoli roditori. Da queste ricerche risulta che le cellule dei tumori, sopratutto maligni, hanno bisogno per la loro attiva proliferazione di un largo consumo di carboidrati. Villa, in un caso di diabete insipido ha visto con la cura insulinica sparire la polidipsia, diminuire fortemente la poliuria, spostarsi il peso specifico da 1001 a 1010. Raynal vanta gli ottimi effetti dell'insulina in un caso di radiumdermite. Secondo Marcovich e Decleva l'insulina aumenta il tono degli stomaci ipotonici e diminuisce quello degli ipertonici. Cionini ritiene che l'insulina abbia una influenza favorevole sulla esauribilità muscolare che caratterizza la miastenia grave. L'insulinoterapia è stata anche preconizzata in tutte le affezioni settiche, nell'avitaminosi e nell'acromegalia. Von Varga in otto casi di anemia perniciosa è riuscito coll'insulina a ridestare il senso dell'appetito in modo da rendere possibile l'epatoterapia. Fischer riferisce che nella clinica di Ochsner in ogni caso di anemia perniciosa non influenzato dalla trasfusione, si ricorre con vantaggio al trattamento insulina-glucosio.

Devo infine accennare ai tentativi di cura insulinica in certe affezioni epatiche accompagnate o no da ittero. È questo un argomento che meriterebbe una trattazione particolare. Non è dubbio che l'insulina influenza in vario modo la funzionalità epatica, tanto da doversi ritenere che fra fegato e pancreas esista una collaborazione funzionale molto intima. Da ciò logicamente deriva l'indicazione della insulinoterapia negli stati di disfunzione epatica. In questo campo però i molti punti oscuri esistenti circa il meccanismo intimo con cui molte delle funzioni epatiche si svolgono, non solo rappresentano un ostacolo alla chiara interpretazione di molti fenomeni clinici, ma rendono le nostre idee circa la precisa indicazione dell'insulinaterapia negli stati di sofferenza epatica molto incerte. I risultati ottenuti dagli AA. che tale terapia hanno tentato, specie nell'atrofia giallo-acuta, non fanno che confermare tali incertezze. Falta, per es., nei casi da lui osservati non ha ottenuto risultati convincenti. Merita comunque di essere ricordato, per l'autorità della firma, il metodo di cura delle alterazioni parenchimali del fegato raccomandato, fin dal 1923, da Umber, consistente nella somministrazione contemporanea di levulosio e insulina. Lo scopo di tale terapia è di ottenere l'accumulo intraepatico del glicogeno, che possiede spiccate virtù svelenanti e di cui difetta il fegato degli epatopazienti. Umber riferisce di avere trattato con brillante successo 38 casi di atrofia sub-acuta del fegato e conclude che deve considerarsi un dovere di ogni medico di praticare la terapia glico-insulinica in ogni caso in cui sia dimostrata, sospettata o anche semplicemente minacciata una lesione del parenchima epatico. Le modalità della cura sono le seguenti: si somministrano due volte al giorno da 10 a 30 unità di insulina a dosi progressive, accompagnando ogni iniezione con la somministrazione *per os* di una limonata dolcificata con levulosio; ogni iniezione di insulina è seguìta, a distanza di circa mezz'ora, da un pasto ricco di idrati di carbonio (due gr. per ogni unità di insulina) e contenente una certa quantità di levulosio. Questa terapia va continuata fino alla guarigione e ripresa ad ogni accenno o minaccia di recidiva.

Somministrazione dell'insulina per via buccale. Come appendice alla esposizione delle indicazioni extra-diabetiche della insulinoterapia. trova qui ancora posto la quistione dell'insulina buccale, quistione che ha dato origine a discussioni frequenti. È noto che la maggior parte degli AA. che si sono occupati dell'insulinoterapia ritengono che l'insulina sia efficace solo se sommistrata per via parenterale. Questa opinione si basa non solo sulla convinzione che l'insulina sominístrata *per os* venga necessariamente distrutta nell'intestino, ma anche su numerose osservazioni che dimostrano l'inefficacia dell'insulina buccale.

W. Fornet, recentemente (*Presse Médicale*, n. 24, 1930), richiama a questo proposito un precetto di Claude Bernard: « Quando un fatto che si riscontra è in opposizione con una teoria regnante, bisogna accettare il fatto e abbandonare la teoria, anche quando essa è generalmente adottata ». Ora, riguardo alla insulina buccale, non uno ma numerosi fatti starebbero a dimostrare la sua efficacia almeno in particolari condizioni. La possibilità del ritorno alla attività di una insulina inattivata dai succhi digestivi è uno di questi fatti. Un altro fatto è l'osservazione di Fischer e Noble, confermata da Best e Scott come da Kozuka, che l'insulina ingerita si ritrova quantitativamente nelle urine dei non diabetici. L'organismo profitta dunque effettivamente della possibilità di rendere all'insulina inattivata il suo potere ipoglicemizzante. Numerose altre esperienze (Burgess, Campbell, Fischer, Hachem e Millis, ecc.) hanno provato che l'insulina non è necessariamente distrutta nell'intestino, ma è regolarmente assorbita e porta sempre ad una caduta della glicemia. È però vero che l'insulina buccale non influenza il tasso glicemico tanto quanto l'insulina iniettata. Bisogna senza dubbio tener conto del riassorbimento più lento dall'intestino. Collazo e Rubino pensano che la maniera differente di agire dell'insulina buccale rispetto a quella ipodermica possa essere spiegata da altre ragioni. Essi, sperimentando su 23 conigli, hanno potuto constatare che l'insulina somministrata *per os* produce regolarmente nel fegato un aumento del glicogeno dal 100 al 300 %. Ora, se si accettano le conclusioni di Best e dei suoi collaboratori, secondo i quali la concentrazione dello zucchero libero del sangue dipende in prima linea dal glicogeno muscolare, si spiega perchè l'insulina perorale non influenzi nei diabetici lo zucchero sanguigno così rapidamente nè così profondamente come l'insulina ipodermica: l'insulina perorale, come l'insulina fisiologica proveniente direttamente dal pancreas, raggiunge subito il fegato e vi è ritenuta per l'aumento del glicogeno epatico. È solo dopo aver ricostituito la riserva epatica del diabetico, patologicamente impoverito di glicogeno, che l'insulina perorale può influenzare il glicogeno muscolare e quindi lo zucchero del sangue. L'ipoglicemia non sarebbe dunque un effetto dell'insulina per sè stessa, ma la conseguenza della sua applicazione afisiologica per iniezioni.

Ma l'insulinoterapia *per os*, oltre che essere giustificata teoricamente, in base alle esperienze citate, ha anche fatto le sue prove pratiche. Le osservazioni di Lungwitz, Tittel, Kannegiesser, Katsuhe, Schrumpf-Pierron, Petit de la Villéon, Mouzon e di altri provano la grande utilità pratica dell'insulina perorale. Naturalmente bisogna tener conto di due elementi: 1) la posologia dell'insulina buccale è diversa di quella dell'insulina ipodermica; 2) non bisogna chiedere all'insulina buccale un risultato immediato, e la cura va continuata a lungo prima che si possa vederne i risultati. L'insulina buccale sarà dunque indicata o nei diabetici leggeri, nei quali non sia necessario agire rapidamente per modificare una condizione di cose minacciosa o molto dannosa per l'ammalato, o in quelle condizioni, al di fuori del diabete, in cui la natura stessa del trattamento non comporta un risultato immediato. È particolarmente il caso delle cure di ingrassamento.

Così Knorr in 41 malati ha potuto constatare durante le 6-8 settimane di trattamento non solo un aumento di peso di 4-5 Kg., ma anche un regolare aumento del numero degli eritrociti e dell'emoglobina. Freud ha eseguito degli esperimenti su lattanti, su bambini grandicelli e su adulti per stabilire il meccanismo dell'ingrassamento con l'insulina buccale ed ha potuto dimostrare che l'aumento di peso dopo l'assorbimento delle pillole di insulina non è il risultato di un aumento di nutrimento corrispondente all'accrescimento reale dell'appetito, in quanto risultati identici ha ottenuto in soggetti che hanno continuato a prendere una quantità di nutrimento uguale, sia qualitativamente che quantitativamente. La dose impiegata da Freud era quotidianamente di 3 pillole di concentrazione I nei piccoli bambini fino a 12 Kg. di peso; di 6 pillole di concentrazione III in tre volte nei bambini da 12 a 30 Kg.; nei pazienti oltre i 30 Kg. la dose media fu di 9 pillole di concentrazione III.

Con le dosi suddette l'aumento di peso si manifestava generalmente verso la metà della 1ª settimana di trattamento, ma dall'inizio si poteva già constatare aumento dell'appetito, qualche volta anche fame divorante e miglioramento dei disturbi subiettivi. Le pillole venivano somministrate 20' prima dei pasti. Non fu mai osservata ipoglicemia. La cura non fu mai continuata oltre l'ottava settimana, poichè già nella settima e quasi sempre verso la fine dell'ottava non si producevano più negli adulti aumenti sensibili di peso. D'altra parte prolungando eccessivamente la cura si producevano spesso dei disturbi nel tubo digestivo. Solo nei bambini l'aumento di peso continuò quasi regolarmente. Nei bambini grandicelli e negli adulti, cessata la somministrazione di insulina si ebbe quasi costantemente una perdita di peso oscillante tra una libbra ed un chilo, di cui una parte venne però ricuperata nelle due settimane seguenti. Il Freud su 77 casi trattati ha ottenuto risultato negativo solo in 4. In uno di essi provò l'insulina per iniezione senza successo.

Da queste ricerche si deve concludere che l'insulina buccale, nelle cure di ingrassamento, si dimostra notevolmente efficace. Tenuto conto dei vantaggi che l'insulina in pillole presenta, specie per la facilità con cui si può somministrarla ai bambini e per l'assenza, alle dosi indicate da Freud, di pericoli e di con-

troindicazioni, essa sembra in alcuni casi preferibile all'insulina per iniezione. Comunque il problema dell'insulina buccale merita di essere ulteriormente studiato senza preconcetti e senza apriorismi.

BIBLIOGRAFIA.

Il seguente indice bibliografico comprende solo i lavori consultati dall'A.:

ADAM. Klin. Woch., n. 32, 1925.
BARRALT. La Semaña Medica, 8-IV-26.
BENC. Lyecncki Kjesnik, n. 2, 1929.
BERESOV. Vracebnoc Aelo, n. 6, 1928.
BERNHARDT. Med. Klin., 1926.
BERNI. Minerva Medica, n. 19, 1928.
BIZZOZZERO. Arch. Argentinos de enferm. del apar. digest. y de la nutric., fasc. IV, 1928.
BOISSERIE-LACROIX. Journ. de Méd. de Bordeaux, n. 19, 1925.
BOMPIANI. XXVII Congr. Ital. di Ostetr. e Ginec., 1928.
BONOMINI. Rif. Medica, n. 9, 1929.
CADE e BARRAL. Ac. de Méd., 18-II-30.
ID., ID. Soc. Méd. des Hôp. de Lyon, 12-I-30.
CENDRA. Arch. de Méd. des Enfants, n. 8, 1925.
CIONINI. Acc. di Med. di Torino, 28-VI-29.
COFFIN. Le Scalpel, n. 16, 1924.
COLLAZO e RUBINO. Klin. Woch., n. 9, 1930.
COMBEMALE, GERNEZ e BRETON. Annales de Méd., 1929.
COTTE. Presse Méd., n. 12, 1928.
CURRADO. Acc. Med. Chir. di Alessandria, 28-I-28.
ID. La Pediatria del Medico Pratico, vol. 3, n. 2, 1928.
DIMITRAKOFF. Cit. in Tribune Méd., aprile 1930.
FALTA. Collegio Medico di Vienna, 18-VI-28.
FEISSLY. Presse Méd., febbraio 1926.
FELLEGI. Med. Klin., n. 7, 1929.
FISHER. Surgery, Gynecology a. Obstetrics, volume 46, 1926.
ID. The Endocrine Survey., n. 6. 1925.
FORNET. Presse Méd., n. 24, 1930.
FREUD. Wiener Mediz. Woch., n. 37, 1929.
FROMENT e MOURIQUAND. Soc. de Neurologie, 1929.
FROMENT, CHRISTI e BADINANT. Soc. de Neurologie, 1929.
GATÈ e BARRAL. Soc. Méd. des Hôp. de Lyon, 12-I-30.
GIROUX e KISTHINIOS. Bull. Méd., n. 25, 1930.
ID., ID. Tribune Méd., 22-II-30.
GLEY e KISTHINIOS. C. R. Soc. de Biol., 1928; Ac. de Méd., 27-XI-28; Ac. de Méd., 22-XI-29.
GOFFIN e SLOSSE. Soc. Clin. des Hôp. de Bruxelles, 1929.
GOYENA. La Semaine Médicale, 17-XI-27.
GUTNER e FRÖLICH. Klin. Woch., 1924.
HERZBERG. Ibid., n. 40, 1924.
HOET. Bruxelles Médical, n. 41, 1929.
HOROWITZ. Monde Méd., 15-VI-29.
IDLEIN. Med. Klin., n. 7. 1926.
JAKSCH. Cit. da IDLEIN.
JONAS e VITKOVA. XX Congr. Franc. di Med.
JUNG e AUGER. Reunion biolog. de Lyon, 17-XII-28; C. R. Soc. de Biol., 1928.
YACOEL e BOYER. Arch. des mal. du coeur, etc., n. 1, 1928.
KESSIAKOFF. Méditzinsko Spissernié, n. 6, 1926.
KNORR. Magyar Orvos, n. 22, 1929.
LABBÉ. Arch. Argent. de enfermed. del ap. digest. y de la nutric., fasc. IV, 1928.
LAMBRET. Soc. de Chirurgie, 26-II-30.
LOWRENCE. The British Med. Journ., n. 3330.
MARANON. Presse Méd., n. 101. 1925.
MARZA e VASILIU. Spitalul, n. 5, 1929.
MIRAGLIA. La Pediatria, n. 15, 1929.
MIRANDA e TESAURO. R. Acc. Med. Chir. di Napoli, 25-IV-26.
MORIN e BOUESSÉE. Ann. de Méd., ottobre 1924.
MOURAQUAND. Soc. Méd. des Hôp. de Lyon, 12-1 1930.
MOUZON. Presse Méd., 18-XII-26.
MÜNZNER e RUPP. Deutsche Med. Woch., n. 27, 1925.
ORATOR. Deutsche Zeit. f. Chir., vol. 195, 1926.
PICARD. Deutsche Med. Woch., n. 26- 1927.
ROI. Cl. Pediatria, anno IX, n. 11.
SIMNITZKY. Wiener Klin. Woch., n. 52, 1927.
TAVERNIER e BARRAL. Soc. de Chir. de Lyon, 19-XII-1929.
THALBIMER. The Practitioner, 1923.
UMBER. Die Medizinische Welt, n. 15, 1928.
VAQUEZ. Bull. Acad. Méd., 18-II-30.
VAQUEZ, GIROUX e KISTHINIOS. Presse Méd., n. 75, n. 1929.
VARGA. Deutsche Med. Woch., n. 11, 1929.
VILLARET, JUSTIN-BESANÇON e CACHERA. Presse Méd., n. 39, 1929.
VILLA. Giorn. di Biol. e Med. Sperim., fasc. 14-15, 1924.
VOGT. Med. Klin., n. 25, 1926.
WIECHMANN e KOCH. Deutsche Arch. f. Klin. Med., 163, 3-4, 1929.
ZELTER. Zeitschr. f. Tuberkulose, n. 1, 1927.

DALLA PRATICA CORRENTE.

Errori diagnostici.
A proposito di un caso di tifoide.

Dott. L. CHIANDUSSI - (Laurana del Carnaro).

Credo utile e interessante la pubblicazione di un caso di tifo addominale a forma embolica, che iniziò con una nefrite parcellare emorragica.

Il paziente è lo stesso A. di questa nota.

La malattia iniziò il giorno 20-X-1928 con leggeri e continui brividi, durati tutta la giornata e alla tera temp. a 37°,8. Non c'è stato alcuno stadio prodromico, tanto vero che due giorni prima era ritornato in perfetto stato di salute da un viaggio di 1500 Km. in auto guidato da me stesso.

Durante tutta la malattia nessuno dei sintomi propri del tifo. Niente a carico del sensorio, neanche nei momenti di temperatura elevata, niente torpore, niente insonnia, lingua non tifosa, gengive pure, appetito conservato, niente a carico della gola, tonsille, ecc.

Apparato respiratorio normale. Cuore normale, polso da 110 a 120 R. R. 110 massima.

Addome: nessun dolore, nessuna resistenza, milza *mai* ingrandita, mai nausea, nè vomito. Niente meteorismo, defecazione regolare per tutto il decorso della malattia, *mai roseole*.

Unico sintomo visibile e imponente: l'urina nerastra e torbida, pur conservandosi la quantità normale, tanto da far pensare a prima vista ad

un caso di Schwarzwasserfieber dei tedeschi (febbre emoglobinurica). All'esame microscopico cilindri granulosi e ialini, emazie in gran quantità, leucociti e qualche cocco. Albumina all'Esbach 5 %. Dolori lombari.

La temperatura al terzo giorno era già a 40° e tale si mantenne per 4 giorni dopo di che decrebbe per circa 5 giorni fino a scendere al di sotto dei 37° per 24 ore. Ricominciò poi l'ascesa, al 12° giorno nuovamente a 40° e più e tale perdurando per altri 20 giorni.

Il reperto dell'urina incominciò al 15° giorno a migliorare rapidamente fino ad essere del tutto negativo, prima ancora che si inizii il periodo decrescente della febbre, alla fine del quale avvertì al terzo medio della tibia destra un leggero senso di dolore, senza alcun sintomo oggettivo.

Dopo otto giorni afrebbrili di nuovo brivido forte, febbre a 40°,1, dolori acuti alla tibia destra (terzo medio), tumefazione, rossore. Alcuni giorni dopo altrettanto nello stesso punto alla tibia sinistra.

Si trattava di una osteomielite purulenta embolica tifosa. Lo stato febbrile di questa complicazione durò circa 20 giorni, durante i quali furono incisi i due ascessi sottoperiostali, il cui pus era coltura pura (all'esame batteriologico) di bacillo di Eberich.

Nelle due tibie si formarono in seguito alla osteomielite due sequestri che mi furono operati un anno dopo.

Come dissi la prima diagnosi che si affacciava era di febbre emoglobinurica.

L'esame chimico e microscopico dell'urina la smontò però subito, oltre al fatto che mai soffersi di malaria nè mai mangiai funghi.

La diagnosi, partendo dall'esame dell'urina, dato che altri sintomi non esistevano, era chiara e indiscutibile: *nefrite parcellare, emorragica* dato che la quantità dell'urina e la pressione al R. R. erano normali.

E tale fu la convinzione di ben 19 valenti colleghi, che ebbero occasione di vedermi, oltre alla diagnosi e distanza (basata sull'esame dell'urina) di una clinica di Vienna e del Reparto Urologico dell'ospedale di una grande città. È stato alla fine della terza settimana appena, che (dato il perdurare della temperatura e il migliorare continuo del reperto urinario) si pensò alla Widal, riuscita positiva 1:400, e che permise di fare la diagnosi giusta: *tifo addominale a forma embolica con localizzazioni renali e ossee*, senza alcun sintomo a carico di nessun altro organo.

RIASSUNTO.

L'A. illustra un rarissimo caso di tifo addominale, che iniziò bruscamente con una nefrite emorragica parcellare, senza sintomi a carico di nessun altro organo. Nel corso della malattia comparvero ascessi embolici tifosi osteomielitici alle tibie; la lesione renale guarì rapidamente.

BIBLIOGRAFIA.

G. u. F. KLEMPERER. Neue Deutsche Klinik.
STRÜMPELL. *Trattato di Patologia speciale medica.*
H. STRAUSS. *Die Nephritiden.* II Auflage.

SUNTI E RASSEGNE.

PRESSIONE SANGUIGNA.

L'ipotensione arteriosa non sempre è patologica.

(P. BROUSTET e I. BERNÈS-LASSERRE. *Journ. Méd. de Bordeaux*, 30 ott. 1930).

Sull'ipotensione arteriosa richiamò per primo l'attenzione il Ferrannini nel 1903; in questi ultimi anni sono state riprese le ricerche e le osservazioni cliniche, e dell'ipotensione s'è fatta una speciale sindrome, con una sintomatologia propria, legata al cattivo funzionamento del sistema circolatorio. Le numerose pubblicazioni e monografie hanno imposto l'attenzione degli studiosi sull'ipotensione, sopratutto su quella forma di ipotensione arteriosa ad andamento idiopatico.

Data l'importanza dell'argomento, e le conseguenze che scaturiscono dalla concezione di una sindrome ipotensiva arteriosa, era necessario rivedere il problema e stabilire se tutti gli stati ipotensivi sono espressione di stati patologici.

Le ricerche degli AA., fatte con un criterio severo, e circondandosi di tutte quelle piccole precauzioni e dettagli che possono falsare un risultato pressorio, sono riferite nel presente articolo.

Sono stati considerati ipotesi gli uomini con Mx uguale od inferiore a 12 (Pachon), le donne con Mx uguale o inferiore a 11 1/2; sono stati eliminati i giovani al disotto dei 17 anni.

Sono state prese due o tre letture successive, perchè nel 25-30 % dei casi la prima lettura è più bassa delle altre, con una differenza fino ad 1 cm. di Hg.

I soggetti scelti negli ospedali, nella clientela privata e tra gli studenti davano garanzia della loro salute in rapporto alla pressione arteriosa.

Su 500 soggetti solo 18 erano ipotesi; di questi, una ragazza di 17 anni presentava acrocianosi, sincopi frequenti di natura emotiva; una malata di 28 anni aveva profonda astenia, dispnea rapida nella deambulazione, palpitazione; gli altri 16 individui non presentavano alcun disturbo, e la scoperta della tensione anormale si dovette alla sistematica ricerca della pressione in diversi soggetti. Sicchè su 500 soggetti solo 18 erano ipotesi, cioè 3,50 %, e di questi solo due presentavano qualche disturbo.

Considerando la letteratura clinica in rapporto a tale argomento si resta sorpresi della varietà di sindromi che sono etichettate sotto il gruppo dell'ipotensione; così Martinet parla degli iposfittici; Sergent accenna alle piccole insufficienze surrenali; Verger richiama l'attenzione su di un complesso di sintomi speciali; e continuando nella sindrome ipotensi-

va possono entrarci le gastropatiche di Bouchard, le enteriche di Glenard, i disendocrini, i disovarici ecc. a secondo dei sintomi che più direttamente hanno colpito gli AA. che ne hanno riferito.

Il carattere più interessante di questa malattia è costituito dalla molteplicità dei sintomi; ma in mezzo ad un corteo di disturbi funzionali, uno predomina: l'ipotensione arteriosa; voler sintetizzare in essa lo stato patologico complesso di questi malati, pare agli AA. una semplificazione esagerata.

Come d'altra parte, di fronte a casi con astenia e disturbi che farebbero sospettare una ipotensione, l'esame manometrico mostra una pressione normale. Inoltre se l'ipotensione fosse il fattore essenziale, vi sarebbe un rapporto diretto tra la pressione ed i disturbi, ciò che non appare dall'osservazione dei casi clinici, e dalle presenti ricerche, in cui 6 su 18 ipotesi non presentano *alcun disturbo*.

Da quanto sopra è riferito emerge che gli ipotesi possono essere divisi in due gruppi: ipotesi malati, ipotesi in buona salute. Nei primi, più che una sindrome, è presente una speciale sintomatologia che caratterizza una insufficienza funzionale del tubo digestivo, del sistema nervoso, dei reni, delle ghiandole endocrine; nei secondi, che costituiscono la grande maggioranza, non v'è nulla che possa farli considerare malati; l'anormale pressione arteriosa non trova una spiegazione se non nella nostra ignoranza per quei fattori determinanti della pressione arteriosa, che sfuggono ancora alla nostra indagine. L. Carusi.

Alcune alterazioni oculari dovute all'ipertensione arteriosa.

(Bailliart. *Le Scalpel*, 25 ott. 1930).

Persiste ancora nei medici, e più ancora nei malati, una certa tendenza a far dipendere l'ipertensione oculare dall'ipertensione arteriosa. Ora, se si esamina un certo numero di ipertesi e di glaucomatosi, si constata da una parte che gli ipertesi hanno frequentissimamente una pressione oculare normale, dall'altra parte che i glaucomatosi non sono tutti degli ipertesi; anzi si può constatare la comparsa del glaucoma acuto in soggetti a tensione arteriosa debole. Bisogna però riconoscere che in molti casi di glaucoma cronico si trova l'ipertensione arteriosa. Ora, se l'ipertensione arteriosa può, il più spesso indirettamente, creare il glaucoma, una volta che il glaucoma si sia costituito, essa è un elemento capitale di compenso, di difesa dell'occhio contro l'aumento del suo tono; a ipertensione oculare uguale, il soggetto in cui la pressione arteriosa è forte sarà meno minacciato di quello in cui la tensione arteriosa è normale o subnormale. Basandosi sul fatto che i danni nel glaucoma soppravvengono quando la tensione oculare oltrepassa la pressione arteriosa retinica minima (uguale a circa la metà della pressione diastolica normale), l'A. ha proposto la seguente formula: nel glaucoma il danno è sopratutto temibile quando la tensione oculare raggiunge od oltrepassa la metà della pressione diastolica umorale. L'elevazione della pressione arteriosa può dunque compensare per un certo tempo l'ipertonia oculare. L'A. ritiene che alcuni restringimenti post-operatori del campo visivo siano dovuti a modificazione del regime circolatorio apportata da una decompressione operatoria troppo brutale.

Le lesioni vasali della retina sono frequenti nell'ipertensione arteriosa. Ma più che l'aspetto dei vasi della retina ha importanza lo stato funzionale dei vasi. L'oftalmo-dinamometria e la tonometria sono ancora sconosciute a molti AA., pure essendo procedimenti molto utili.

Prima di esaminare all'oftalmoscopio il fondo dell'occhio di individui ipertesi, bisogna interrogarli circa la presenza di sintomi subiettivi oculari che possono talora precedere di molto la comparsa delle lesioni retiniche. Si tratta di sensazioni leggere di nuvola che lascia, con una acutezza visiva normale, un campo visivo intatto in tutta la sua estensione; punti neri o luminosi, veri globi di fuoco che compaiono bruscamente, traversando lentamente il campo visivo, e poi scompaiono d'un tratto, ecclissi visivi più o meno passeggeri, più o meno completi. Riguardo alle lesioni retiniche che si osservano negli ipertesi, l'A. richiama l'attenzione sugli essudati bianco-grigi, caratterizzati più per la tinta e per l'aspetto degli elementi che per la loro disposizione stellare. Essi sono incostanti, ma la loro constatazione ha un interesse capitale in quanto, secondo l'A., essi dimostrano l'esistenza di una retinite a tipo azotemico; essi mancano nella retinite ipertensiva, o meglio nelle lesioni retiniche dell'ipertensione arteriosa. In alcuni ipertesi l'aumento della pressione del sangue o non ha ancora leso il rene o non è consecutiva a lesione renale; in questi soggetti si ha l'aspetto della retinite ipertensiva senza retinite nefritica, la vista è meglio conservata; in altri la lesione renale esiste, anteriore o contemporanea, poco importa; un siero tossico aggiunge dei segni propri ai sintomi retinici legati all'ipertensione e dà l'aspetto della retinite nefritica.

A questo primo segno distintivo, fra la retinite ipertensiva e la retinite nefritica, è forse possibile aggiungerne un'altro. Nelle retiniti può esistere una ipertensione retinica relativa, nel senso che la pressione retinica, anzichè essere uguale alla metà della pressione diastolica umorale, può avvicinarsi di più a questa, fino a 7/10. Ora, i casi nei quali, esistendo ipertensione generale, non si ha ipertensione re-

tinica relativa, sembrano poco gravi e fra essi non si incontrano lesioni renali; quando la pressione retinica è invece più forte di quella che la ipertensione umorale comporterebbe, la prognosi è grave ed esiste un substrato renale. Questa ipertensione locale è dovuta ad un'elevazione della pressione intracranica. Ad essa, secondo alcuni AA., sarebbero da imputare le lesioni retiniche caratteristiche della retinite nefritica. Questa ipotesi sarebbe in certo modo convalidata dal fatto che in certi casi è possibile migliorare, anatomicamente e funzionalmente la retinite albuminurica con la puntura lombare. L'A. pensa però che, oltre l'ipertensione intracranica, abbiano importanza per la produzione della ipertensione retinica relativa, anche delle lesioni vascolari locali.

C. TOSCANO.

GINECOLOGIA.

Gli elementi neuropsichici delle sindromi genitali femminili.

(J. PIÉRI. *Marseille Médicale*, 25 febbr. 1930).

Le alterazioni dell'ovaio possono provocare disturbi neuropsichici in seguito ad aumento o difetto della sua funzione.

I disturbi da *iperfunzione* sogliono verificarsi nel periodo della *pubertà* e dell'*attività genitale* o *maturità sessuale*.

Uno dei sintomi più frequenti della *pubertà* è la cefalea che è ostinata, ribelle, pur essendo transitoria, raramente emicranica, piuttosto retro-oculare o occipitale, accompagnata da senso di stanchezza e abbattimento. Può precedere la prima mestruazione, ma per lo più continua per mesi durante la pubertà.

Contemporaneamente si hanno disturbi vari del carattere: impressionabilità, agitazione, suscettibilità. Alcune ragazze diventano chiuse, depresse, mentre altre assumono un'aria romantica con viva immaginazione.

In questo periodo possono estrinsecarsi l'epilessia o la corea.

La cefalea si cura vantaggiosamente con l'estratto ipofisario.

Il periodo della *vita genitale* o della maturità sessuale è caratterizzata dall'ovulazione e dalla mestruazione che l'accompagna ogni qual volta non segue la concezione.

La cefalea mestruale è molto frequente. È preceduta da insonnia, nervosismo; accompagnata da arrossamento del volto nelle neuroartritiche, da pallore nelle anemiche. Possono aversi contemporaneamente nevralgie facciali, sciatiche, intercostali e, nelle adenoidee, attacchi di rinofaringiti.

La cefalea, quando diviene permanente, è intollerabile fino a rivestire i caratteri di quella del tumore cerebrale. Ed in effetti sembra che sia in rapporto ad una congestione dell'ipofisi.

I disturbi oculari consistono in mosche volanti od emianopsia.

In questo periodo si può avere l'ipereccitazione genitale, la ninfomania che fa della donna un essere eroticamente sempre insoddisfatto. Il tipo storico di questa anomalia dipendente da iperfunzione ovarica è Messalina: *laxa non satia*.

Si può avere la neurosi di angoscia di Freud, che l'autore della psicanalisi attribuisce all'arresto o al difettoso assolvimento dell'atto sessuale.

Laignel-Lavastine ha descritto con il nome di endocrino-neurosi ipotensiva una sindrome glandolare da iperovarismo caratterizzata da ipotensione arteriosa, regole abbondanti, seni piccoli, ipertricosi, vita genitale ricca, gravidanze buone, ipocalcemia. Talvolta si constata anche insufficienza surrenale con ipoadrenalinemia ed ipercolesterinemia, disipofisismo con sviluppo ineguale delle estremità, ipertiroidismo, iperinsulinemia. Costituiscono un tipo di donna acromegaloide con una leggera ombra marcante il labbro superiore (Emma Bovary di Flaubert), con « capelli elettrici » crepitanti sotto il pettine.

Queste donne sono anafilattiche, tendenti all'orticaria, con dermografismo tipico e riflesso pilo-motore vivace (pelle d'oca), con frequenti manifestazioni secretorie (corizze a sere) e reazioni delle fibre lisce (stipsi spastica). Lo stato psichico è variabile: alternative di depressione ed euforia, manifestazioni ipocondriache, isteriche, neurasteniche, ansiose, sensibilità alle variazioni atmosferiche. Notasi inoltre ipereccitabilità olfattiva che è in rapporto al disordine sessuale. Sono noti, al riguardo, i rapporti tra istinto sessuale e profumi.

I disturbi da *ipofunzione* possono dipendere da *insufficienza ovarica durante l'attività genitale* o dalla *menopausa*.

L'*ipovarismo* può essere *congenito* od *acquisito*. Nel primo caso la sessualità non si sviluppa affatto e si ha un'infantilismo fisico ed intellettuale, organi genitali rudimentali, caratteri sessuali secondari non sviluppati (pelle sottile e rugosa, unghie semimembranose, mandibola cascante, denti avariati, voce da castrato, capelli precocemente bianchi, ecc.).

L'ipovarismo acquisito può dipendere da infezioni (tubercolosi, sifilide, febbri eruttive, ecc.), da intossicazioni, discrasie.

La sessualità più o meno bene sviluppata subisce una regressione. Si ha amenorrea, pallore, pseudomixedema, adiposità, acrocianosi, raffreddamento dell'estremità, disordini poliglandulari, ipoazoturia ed ipofosfaturia.

Si ha inoltre infecondità e frigidità.

La frigidità nella donna è molto più comu-

ne di quella che si crede. Essa, in effetti, non costituisce impedimento al coito.

La frigidità può essere psichica, ma il più delle volte ha il suo punto d'origine nell'ipovarismo congenito o acquisito.

L'*insufficienza ovarica della menopausa* dà una serie di disordini nervosi ben noti: cefalea, insonnia, incubi, vampate di calore, dolori retrooculari, crisi dolorose intense, vertigini, crisi tachicardiche, epigastralgie.

Contemporaneamente si ha una profonda modificazione dello stato generale: adiposità, comparsa di peli alle labbra, rudezza del volto, seni flaccidi, voce grave, ipertensione arteriosa. La donna si mascolinizza.

La menopausa chirurgica è ancora più violenta. La castrazione è seguìta da astenia, dolori ossei e muscolari, disestesie.

In tutte le menopause, qualunque ne sia la causa, si possono avere eccezionalmente disordini neuropsichici gravi.

Così si può avere il dolore cellulitico con i caratteri dell'algia simpatica, continuo, poco intenso, esacerbato e risvegliato dalle emozioni, dalla stanchezza, dalle variazioni atmosferiche, con sede cervico-occipitale, intrascopolare, deltoidea, glutea, perimalleolare.

I disturbi mentali sono di solito l'espressione di una tara latente. In rapporto al carattere precedente della donna, questa diventa irritabile, ansiosa, collerica, avara, acida, volubile, impulsiva.

Si manifestano fobie, ossessioni, scrupoli, impulsi.

Si può avere anche lo scoppio di una vera neurosi o psicosi: isteria, epilessia, neurastenia, confusione mentale, psicosi maniaco-depressiva, malinconia.

I disturbi sessuali consistono essenzialmente nella repulsione coniugale, o anche in uno stato di ipereccitazione erotica che si manifesta con un vero furore uterino.

L'ipovarismo si cura con l'opoterapia. Sono preferibili gli estratti ovarici glicerici o freschi. La somministrazione per via sottocutanea è più vantaggiosa.

All'opoterapia ovarica bisogna aggiungere quasi sempre quella di altre glandole endocrine a seconda delle manifestazioni cliniche associate. Nelle forme con astenia, pigmentazione, senilità precoce, si aggiungerà l'ipofisi; sulle forme adipose la tiroide; nelle forme ipotensive la surrenale.

I preparati fosforici migliorano lo stato generale ed agiscono anche su i disturbi nervosi, specie su le algie.

I bromuri ed il luminal calmano la cefalea.

Gli stati di eccitazione, l'insonnia, l'angoscia, si curano con i sedativi ed ipnotici più o meno leggeri (passiflora, luminal, cloralio, dial, allonal, ecc.) a seconda dell'intensità dei disturbi.

Dr.

I fenomeni sensitivi cutanei a distanza in ginecologia.

(Laffont e Ezes. *Rev. Franç. de Ginéc. et d'Obst.*, n. 6, giugno 1930).

In ginecologia lo studio del dolore dovrebbe assumere una precisione maggiore che in qualunque altra branca, tanto più che il dolore riassume spesso in sè stesso tutto il quadro clinico.

Già Profonter e Lomer hanno attirato l'attenzione dei ginecologi sui dolori a distanza che Dana ha denominati « referred pain ». E' bene riprendere l'argomento.

Nel 1919 Laffont descrisse un dolore tardivo elevato nella zona toracica scapolare o anche toraco-brachiale che insorge nella rottura di una gravidanza estrauterina, e segue a distanza al dolore a colpo di pugnale che si avverte nella fossa iliaca e che è già classica descrivere.

Nel 1913 Oehlecker aveva osservato un dolore scapolare in due casi di rotture di gravidanza tubarica e l'aveva attribuito ad irritazioni delle fibre terminali del frenico per irritazione di queste ramificazioni ad opera del sangue sparso sotto la cupola diaframmatica. Siccome da lungo tempo si sa che i traumi più lievi del Douglas possono trascinare delle modificazioni dolorose a distanza, e che le cisti dell'ovaio o del legamento largo incastrate nel Douglas possono dare dolori elevati, gli AA. ritengono che il segno di Laffont sopra descritto non sia che un riflesso viscero sensitivo scatenato da una irritazione peritoneale dovuta alla distensione del Douglas; il il periodo silenzioso intercorrente tra il colpo di pugnale pelvico e il dolore toracico sarebbe dovuto al tempo che impiega il Douglas a riempirsi di sangue.

Nel 1922 l'argentino Carlos Stajano descrisse una sindrome reattiva dolorosa del ventre superiore derivante da lesione pelvica e che poteva mentire lesioni della colecisti, del duodeno, colon, o pancreas. Questo autore è stato colpito dalla alternanza dei dolori pelvici e della reazione frenica e l'ha designata sotto il nome di bascula diaframmatico-pelvica.

Nel 1929 il tedesco Psakscht confermò il valore della sindrome sottofrenica nella rottura di una gravidanza estrauterina e la ritenne dovuta a fatti irritativi del frenico.

Tali sono all'ora attuale le constatazioni cliniche fatte dai vari AA. L'esistenza di questi dolori a distanza oggi non è più discutibile, invece l'interpretazione loro è ancora *sub judice*.

Alcuni AA. parlano di una sindrome frenica, altri di una suscettibilità particolare del peritoneo diaframmatico, altri di un riflesso viscero-sensitivo.

Questa è l'opinione degli AA. del presente lavoro. Essi ritengono che il dolore di origine

viscerale arriva alla corticalità seguendo una via centripeta, prima simpatica poi cerebrospinale; l'articolazione tra i due sistemi avverrebbe a livello del ganglio spinale o del midollo. Tale sarebbe pressappoco il meccanismo di questo dolore a distanza. La sua situazione elevata nelle affezioni ginecologiche non ci deve sorprendere, perchè i ganglii ipogastrici traggono una delle loro radici dal n. presacrale, il quale alla sua volta, per mezzo del plesso mesenterico e celiaco si collega ai n. splacnici. L. TONELLI.

Disordini mestruali nelle adolescenti. Loro significato e loro cura.

(LAWRENCE. *The Journ. of the Amer. Med. Ass.*, 18 ott. 1930).

Fu osservato che nel 54 % dei casi di sterilità c'è ipoplasia pelvica, e in questo gruppo nel 66 % dei casi c'è evidente endocrinopatia e nel 14 % disturbi endocrini dell'adolescenza che poi sono scomparsi.

L'A. ha studiato 100 donne con mestruazioni ritardate e scarse per vedere se c'era o no ipoplasia pelvica. 50 erano donne maritate e sterili e 50 vergini adolescenti. Nelle prime mediante il metodo di Meaker si determinò l'indice uterino colla palpazione vaginale, nelle altre gli organi pelvici si esplorarono per via rettale. Secondo Rubin le donne che hanno mestruazioni normali hanno probabilità 12 volte maggiori delle altre di avere gravidanze.

Generalmente si ritiene che l'età media d'inizio delle mestruazioni sia il 14 anno, però se anche c'è un ritardo di un anno non si può considerarlo come patologico. Il periodo intermestruale normale è di 28 giorni, ma le piccole variazioni non hanno carattere di anormalità. La durata normale del flusso mestruale va da quattro a sei giorni, ma variazioni di un giorno o due non si considerano anormali.

I risultati del Lawrence sono stati questi: c'è una elevata percentuale di disturbi endocrini nei casi di ipoplasia pelvica, di ritardo dell'inizio delle mestruazioni, di oligomenorrea e di ipomenorrea. Sebbene si vedano scomparire nell'età adulta disturbi mestruali ed endocrini dell'adolescenza, pure bisogna considerare come donna con bassa fertilità l'adolescente che ha i disturbi suindicati. Le possibilità di ovviare alla scarsa sterilità stanno nel togliere le cause di questi disturbi durante l'adolescenza. Le cure opoterapiche, salvo rare eccezioni, dànno risultato nullo se si adoperano estratti ovarici. Probabilmente questo risultato dipende dal fatto che la maggioranza dei disturbi mestruali dipende non solo dalla funzionalità dell'ovaio ma anche da quella della pituitaria. In alcuni casi esistono disfunzioni tiroidee e si possono avere buoni risultati dall'opoterapia tiroidea.

R. LUSENA.

SIEROLOGIA.

La dispersione dei flocculati serici con gli iposolfiti alcalini.

(E. TÈCHOUEYRES. *Paris Médical*, nov. 1930).

P. Ravaut ha segnalato l'azione terapeutica efficace esercitata dall'iposolfito di sodio sull'evoluzione delle dermatosi che evolvono per *poussées* recidivanti (orticaria, flussioni erisipelatose). Esso migliora anche certe psoriasi, alcuni eczemi, i pruriti e si è dimostrato efficace nella foruncolosi.

D'altra parte A. Lumière pensa che la malattia e la morte siano determinate dalla distruzione dello stato colloidale, cioè dalla flocculazione. Egli ha interpretato in questo senso un gran numero di stati patologici ed ha proposto, come rimedio, l'impiego di vari agenti fra i quali figurano gli iposolfiti alcalini.

L'A. ha pensato di studiare sperimentalmente l'azione degli iposolfiti alcalini ed a tale scopo ha utilizzato la flocculazione artificiale dei sieri ottenuta con il metodo di Vernes. È noto che l'aggiunta ad un siero di sostanze come il peretynol e la resorcina provoca molto spesso, in casi rispettivamente di sifilide o di tubercolosi, una flocculazione di cui il grado di opacità è misurabile al fotometro. Per mettere in evidenza l'azione deflocculante degli iposolfiti, basta dunque aggiungere ai sieri che flocculano sotto l'azione del peretynol e della resorcina, una quantità determinata della soluzione salina da studiare.

L'A. ha visto che l'iposolfito di magnesio o di sodio provocano la scomparsa o la diminuzione molto notevole della opacità determinata dal peretynol e dalla resorcina. Qualche volta, oltre alla scomparsa della flocculazione, si ha una vera chiarificazione dei sieri.

Per corroborare questi risultati e per spiegarli, l'A. ha tentato di ottenere la chiarificazione di un siero qualunque, reso opaco con l'aggiunta di tintura di benzoino. In tutti i casi ha ottenuto una chiarificazione leggera ed irregolare dei sieri, percepibile dopo 18-24 ore, con formazione di un leggero precipitato che si deposita al fondo della provetta. Pensando che i risultati ottenuti potessero essere funzione del pH delle sostanze e precisamente dell'alcalinità di esse, ha esperimentato con cianuro di potassio (pH = 9). Il risultato è stato immediato. Quando si aggiunge una goccia di tintura di benzoino ad una serie di provette contenenti ciascuna 1 cc. di siero e delle quantità crescenti di una soluzione decinormale di cianuro di potassio, l'opacità che tende a formarsi scompare subito e lascia al suo posto una opalescenza trasparente.

Queste esperienze dimostrano che le soluzioni saline a reazione alcalina provocano, sia la chiarificazione dei sieri normali, sia la de-

coagulazione dei flocculati provocati dal peretynol o dalla resorcina, sia anche (cianuro di potassio) la dispersione immediata delle agglutinazioni micellari determinate dalla addizione a un siero qualunque di una goccia di tintura alcoolica di benzoino.

È dunque possibile che nell'organismo la reattività degli umori abbia un'importanza considerevole nello stato di aggregazione delle micelle colloidali del siero (modificando forse il loro punto isoelettrico) e che in particolare l'alcalinità sia un fattore di dissociazione e di disgregazione assai attiva.

C. TOSCANO.

Ricerche sul pigmento malarico con speciale riguardo alle reazioni di Henry.

(F. ROCCHI. *Arch. It. An. Ist. Pat.*, n. 4, luglio-agosto 1930).

Le reazioni proposte per lo studio della malaria sono diverse, ma di esse nessuna ha resistito al controllo clinico.

Recentemente Henry ha indicato due reazioni di flocculazione della malaria, le quali par che rispondano bene, con un'alta percentuale di positività. Tali reazioni sono la *ferroflocculazione* e la *melanoflocculazione;* la prima usa come antigene il Methafer Bouty, la seconda una sospensione di melanina di coroide di bue.

Se per il primo antigene sussiste teoricamente una omologia dell'endogene malarico con l'antigene ferrico, non così è per la seconda reazione, perchè la melanina di coroide di bue non rappresenta rispetto all'endogene pigmento melanico malarico alcuna parte di antigene nè specifico nè omologo.

Dopo aver riferito le ricerche degli AA. che hanno escluso una identità tra melanina e pigmento malarico, il Rocchi ha voluto portare un contributo allo studio dei caratteri del pigmento malarico, isolato dalla milza.

A tale scopo s'è servito del metodo di estrazione di Warasi, applicato in due milze, una di individuo affetto da terzana maligna e morto per emoglobinuria, l'altra d'un malarico cronico splenectomizzato. Con tale metodo viene riconfermata la natura ematinica del pigmento malarico, ed il suo contenuto in ferro, rilevabile col metodo di Seyfarth.

Sicchè la melanoflocculazione di Henry non è legata a fattori immunitari specifici, perchè la melanina di coroide è diversa per natura, composizione, provenienza, solubilità dall'antigene pigmento melanico malarico.

Durante le ricerche però è stato messo in evidenza un particolare degno d'interesse: la solubilità del pigmento nel plasma reso incoagulabile con l'irudina; tale solubilità risiede probabilmente nelle proprietà alcaline del plasma stesso.

Questo carattere del pigmento malarico è importante per giustificare in parte la demolizione del pigmento melanico malarico, e quindi la sua eliminazione. Probabilmente nel meccanismo della sua elaborazione e demolizione entrano anche complesse attività elaborative cellulari; tuttavia non è da mettere in disparte l'ipotesi del dissolvimento nel plasma sanguigno.

Ricordiamo che varie ricerche sono state eseguite sulle reazioni di Henry; vanno specialmente menzionate quelle di A. Pozzi. Esse portano a confermarne il valore diagnostico.

CARUSI.

Sierodiagnosi della gonorrea e suo valore nella pratica.

(R. FÖRSTER. *Münchner med. Wochenschr.*, 30 ott. 1930).

L'A. rileva che gli uomini e le donne ammalati di gonorrea delle mucose non complicata, molti soggetti reagiscono negativamente alla deviazione del completamento; la reazione rimane negativa fino alla guarigione. Se invece i gonococchi oltrepassano la mucosa ed invadono la subcute od il parenchima glandolare, la reazione di deviazione del complemento si fa nettamente positiva. La reazione sierologica non ha quindi molto valore nei casi non complicati; in questi casi abbiamo però a disposizione un metodo diagnostico molto più semplice, la dimostrazione microscopica dei gonococchi. Una reazione sierologica positiva dimostra una affezione gonorroica di tessuti più profondi o l'esistenza di metastasi gonococciche. La reazione positiva è perciò molto importante per la diagnosi di complicazioni e metastasi poco chiare, come affezioni articolari, degli organi dei sensi, della cute o dei nervi. La reazione sierologica ha oltre al suo valore diagnostico una importanza per la terapia. Infatti una donna in cui la reazione sia positiva va curata col vaccino, perchè esistono indubbiamente complicazioni anche se esse non sono dimostrabili. Anche nell'uomo si consiglia di curare col vaccino la gonorrea quando la sieroreazione sia positiva.

Fino a che la sieroreazione rimane positiva il paziente non si deve dichiarare guarito; di solito poco dopo la guarigione la reazione si attenua. Se 8-10 settimane dopo la guarigione clinica la reazione è ancora fortemente positiva, si deve sospettare l'esistenza di focolai gonococcici latenti; esiste sempre il pericolo di una futura recidiva, anche se al momento non sono più dimostrabili i gonococchi. Il diventar negativo della reazione sierologica in seguito alla terapia, è importante segno di guarigione completa.

R. POLLITZER.

CENNI BIBLIOGRAFICI

Dott. D. MAESTRINI. *Il cuore del tubercoloso*. Un vol. in-8°, di pagg. 232, con 107 fig. e 60 tav. intercalate nel testo. L. Pozzi, ed., Roma, 1930. Prezzo L. 30.

Un medico che ponendosi di fronte al problema dello studio del cuore del tubercolotico pensa *fisiologicamente*, ha indubbiamente assai maggiori probabilità di penetrare nella realtà dei fenomeni osservati, di quelli che nello studio degli stessi problemi procede guidato dal pensiero *anatomico*.

Il cuore del tubercolotico è stato fin quì oggetto di studi poco profondi ed originali; in ogni modo esso è stato sempre osservato dal lato anatomico: la stessa indagine radiologica, è, in senso lato, ricerca anatomica, idea anatomica.

Il Maestrini è un uomo di cultura media su base fisiologica. Proviene da studi di fisiologia; ha orientato il suo studio clinico verso un indirizzo fisiologico, pure mantenendolo su terreno strettamente clinico, cioè materiato di realtà.

Ne è venuta un'opera completa, interessantissima, profondamente ed esaurientemente originale, che fa onore alla medicina italiana, e sopratutto alla classe sanitaria ospedaliera, della quale il Maestrini, che dirige un modesto, ma bene attrezzato Ospedale di provincia, è uno dei più colti rappresentanti.

« Cuore del tubercoloso » e non tubercolosi del cuore, ha giustamente intitolato l'A. il suo lavoro di cui, di fatto, egli studia non tanto la localizzazione della tubercolosi nel miocardio, quanto gli effetti dell'infezione specifica sul cuore e suo circolo.

Dopo una breve introduzione egli prende le mosse della morfologia del cuore normale, per passare poi a quella del cuore del tubercolotico.

Ampio e di grande importanza per la clinica è il capitolo dedicato alla funzionalità del cuore del tubercolotico, con lo studio del polso, della pressione dell'elettrocardiogramma, del tono cardiaco, dell'azione delle tossine tubercolari sulla funzione cardiaca. Segue lo studio delle alterazioni anatomo-patologiche del cuore del tubercoloso, col reperto di interessanti esami isto-patologici.

Una copiosa bibliografia dell'argomento chiude il poderoso lavoro.

Tutte le questioni sono studiate profondamente, arrivando a conclusioni di notevole importanza. Risulta così sfatata la credenza del « cuore piccolo del tubercolotico »: questi ha il cuore del suo tipo morfologico-costituzionale. L'azione della tossina tubercolare si manifesta danneggiando il cuore specialmente nel tono, che risulta labile, e determinando alterazioni isto-patologiche, per cui si arriva ad una miocardite tossica, mentre la tubercolosi del miocardio è rarissima.

Questo lavoro, frutto di lunghe ed accurate osservazioni, documenta una cultura specializzata ed un indirizzo fecondo di studi. Esso è destinato a modificare molte delle idee tutt'ora vigenti fra i medici e a destare un grande interesse scientifico e pratico.

Le numerose e nitide illustrazioni del libro, cui il solerte editore Pozzi ha dato una magnifica veste tipografica, non sono ultimo pregio di questo volume.

DOTT. NICOLA SFORZA.

J. STEPHANI. *La tuberculose pulmonaire*. Guide du malade et du prédisposé. Un vol. in-8° di pag. 303, con 26 fig. Payot ed. Paris, 1929. Prezzo 25 frs.

Ecco un libro scritto per i profani che, con notevole chiarezza, riassume le attuali conoscenze sulla tubercolosi, descrivendo, con molti particolari le multiple faccie del grande poliedro della tubercolosi. Esso è sorto nello stesso sanatorio di Montana, che l'A. dirige, e dà le risposte alle numerose domande che egli stesso si sentiva rivolgere dai malati. Nessun malato, come il tubercoloso, è indagatore dei fenomeni subbiettivi ed è tanto curioso di conoscerne l'origine e di sapere il fondamento della cura. E le domande si susseguono con ansia: dove posso essermi contagiato? A che serve l'ascoltazione? e la radiografia? E... se non si trattasse di tubercolosi? Perchè si fa la cura d'altitudine? ecc.

E l'A., evitando le risposte troppo incisive, tratta i singoli argomenti con brio ed al tempo stesso con serietà scientifica, incoraggiando i pàvidi, spronando i pigri, facendo conoscere la possibilità della guarigione e così via.

Ma i consigli non sconfinano nelle prescrizioni ed il malato si ingannerebbe a partito se credesse che questo libro può sostituire il medico. Ma di uno solo deve servirsi il malato e l'A. cita a proposito un proverbio italiano (chi lo conosce?) secondo cui chi prende un medico ne ha uno, chi ne prende due ne ha mezzo e chi ne prende tre, nessuno.

Il libro merita una larga diffusione ed è indicato per combattere molti timori e per dare ai profani una giusta idea del problema della tubercolosi. *fil.*

O. NOBÉCOURT. *Affections de l'appareil respiratoire*. Masson, éd. Paris, 1930. Prima serie (2ª ed.) Frs. 50; Sec. serie, Frs. 60.

Sono due bei volumi della collezione « Clinique Médicale des enfants », che il prof. Nobécourt ha pubblicato. Vi si trova riunita quasi tutta la patologia dell'apparato respiratorio infantile, salvo la tubercolosi, che, eccezione fatta per alcune forme più frequenti, viene trattata in un volume a parte.

I singoli argomenti, esposti a forma di lezione, hanno uno sviluppo che non sarebbe possibile dare nei comuni trattati didattici.

Il contributo della casistica personale dell'A., corredata da illustrazioni e riproduzioni di radiogrammi, facilita poi la lettura rendendola più interessante ed istruttiva.

Il successo dell'opera è convalidato anche dall'essere giunta rapidamente la prima serie alla sua seconda edizione.

M. FABERI.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Accademia Lancisiana di Roma.

Seduta ordinaria del 27 novembre 1930.

Aperta la seduta il Presidente on. prof. ERMANNO FIORETTI comunicò i tre temi per i concorsi a premio banditi in data 13 corrente e il cui termine di presentazione scadrà il 13 novembre 1931-X alle ore 18:

1) *La cheratoplastica.* Premio di lire duemila del Sindacato Medico Fascista di Roma e Provincia;

2) *Etiologia, patogenesi e cura della sclerosi a placche* Premio di lire tremila del Governatorato di Roma;

3) *Il metodo di Delmas.* Premio di lire duemila della Presidenza degli Ospedali Riuniti di Roma.

Annunciò i titoli delle relazioni annuali: *La cura dei fibromi uterini,* affidata al prof. CESARE MICHELI; *Lo stato attuale delle funzioni dello stomaco,* affidata al prof. SILVESTRO BAGLIONI.

L'on. FIORETTI poi rese noto ai Soci che il Direttorio dell'Accademia ottemperando alle direttive del Regime aveva ridotto la quota sociale da lire 25 a lire 15, lasciando invariata la quota di iscrizione in lire 10 per i nuovi Soci.

Il PRESIDENTE dette quindi la parola al segretario prof. D'AVACK ALFREDO che svolse la relazione morale e finanziaria per il 3° anno accademico.

Egli disse che l'Accademia proseguendo nella sua opera di collaborazione scientifica, di cultura e di controllo nel campo della medicina, della chirurgia e della specialità, ma sopratutto di incitamento ai giovani medici a lavorare e a produrre, può ben riguardare con pensiero di viva soddisfazione il lavoro da essa svolto durante il suo terzo anno di vita.

Infatti essa nelle sue 8 sedute ordinarie e 3 straordinarie riuscite sempre oltremodo interessanti e per l'importanza degli argomenti brillantemente svolti e per il notevole numero degli intervenuti tra cui non mancarono le più spiccate personalità della classe medica romana, trattò: 9 argomenti di medicina, 7 argomenti di chirurgia, 2 di radiologia, 3 di otorinolaringoiatria, 2 di neuropatologia.

Proseguendo nella relazione parlò del movimento di Soci che è sempre in aumento e della pubblicazione del Bollettino.

Il prof. D'AVACK fece sopratutto constatare che l'Accademia deve gran parte della sua vitalità all'appoggio morale e finanziario che le proviene dal Presidente degli Ospedali Riuniti di Roma gr. uff. Cotta, per cui il bilancio accademico si è chiuso anche quest'anno con un notevole avanzo di cassa.

Al termine della relazione il prof. BAGLIONI interpretando il pensiero dei presenti propose, e l'assemblea approvò, un voto di plauso per i risultati scientifici e finanziari conseguiti dall'Accademia e per la completa relazione con cui il segretario ha saputo metterli in evidenza.

Contributo sperimentale all'analisi del polso venoso.

Prof. A. GALAMINI. — L'O. ha esaminato il polso venoso della giugulare esterna, servendosi della capsula oscillografica Boulitte e variando la pressione esercitata sul vaso. Ha osservato che

per pressioni determinante (+60+120 mm.=H 20) l'onda a e l'onda c divenivano più evidenti. Esercitando pressioni successivamente crescenti il polso venoso in complesso si riduceva di volume fino a scomparire quasi completamente, entro determinati limiti l'onda v si riduceva meno degli altri elementi. L'O. ne deduce che nella genesi delle onde a e c prevale il fattore elastico e nelle genesi delle onde v l'azione delle variazioni del volume di sangue presente nel tratto di vaso in esperimento.

Del trattamento delle fratture diafisarie di coscia.

Dott. G. SCOLLO. — L'O., esposti i vari metodi di cura delle fratture diafisarie del femore, tratta particolarmente del metodo della trazione diretta sulla scheletro secondo Codivilla-Steinmann. Con una statistica di 18 casi personali curati con tale metodo, dimostra la perfetta tolleranza dell'osso alla trazione diretta applicata ai 2 chiodi di Steinmann infissi sui condili, la innocuità del metodo e la sua efficacia a vincere gravi accavallamenti dei frammenti. Consiglia, dopo una quindicina di giorni, quando cioè il callo provvisorio è all'incirca sufficientemente formato, di sostituire la trazione diretta, con quella comune indiretta. Raccomanda, per quest'ultima, di usare anzichè il cerotto adesivo, la fasciatura estensiva con la pasta di Unna, meglio tollerata, più sicura e permittente il gioco articolare dell'arto.

Conclude affermando che il metodo va molto più generalizzato di quel che non sia stato fatto sinora, e deve essere considerato come il processo normale di cura per la maggioranza delle fratture diafisarie del femore.

La reazione di Meinicke (M. T. R.) nella diagnosi sierologica della sifilide.

Dott. U. SPERANZA. — Dopo aver brevemente accennato ai principali dati chimico-colloidali che sono a base delle reazioni di flocculazione, l'O. espone la tecnica della reazione M. T. R.

Per la semplicità di esecuzione, per la facilità della lettura, per la grande sensibilità ed alta specificità di questa reazione, l'O. ne raccomanda l'uso.

Ha eseguito la M. T. R. insieme con R. Wassermann su circa 2000 sieri e mentre gneralmente ha trovato piena concordanza nei loro risultati espone dei casi molto dimostrativi di lue accertata, in cui, di fronte a Wassermann negativa, si ottenne netta positività della reazione di intorbidamento di Meinicke.

Ospedale Maggiore di Novara.

Seduta del 6 novembre 1930 (IX).

Presidente: prof. LUIGI BACIALLI.

La puntura lombare nelle sindromi ipertensive intra craniche.

Dott. G. VERCELLI (Novara). — L'O. riferendosi a casi clinici recentemente osservati nell'Ospedale Maggiore di Novara, mette in evidenza il valore degli esami del liquor cefalo-rachidiano per la diagnosi differenziale fra neoplasmi cerebrali e sindromi pseudo-tumorali (ascesso cerebrale, meningite sierosa localizzata della convessità, sindrome meningea con dissociazione albumino citologica, ecc.) e discute sull'indicazione e la contro-indicazione della puntura lombare in questi casi.

Dott. FRANCESCO FORNARA. — La puntura lombare è troppo pericolosa perchè non se ne debba mettere in guardia i medici pratici. Nel caso speciale l'ascesso dà solitamente leucocitosi, febbre e raramente papille da stasi specie negli ascessi metastatici. Qui, poi nel caso concreto l'esame radiografico dà il rilievo di una vasta usura della sella turcica. Quindi parrebbe perciò azzardata la diagnosi di ascesso cerebrale.

Prof. PIERO FORNARA. — Ricorda che in base a casi personali la difficoltà della diagnosi differenziale tra tumore endocardico e ascesso cerebrale che, nel periodo di latenza, può decorrere senza febbre, anche senza leucocitosi, e specie nei casi a localizzazione posteriore con papille da stasi: circa la questione della puntura lombare nelle sindromi ipertensive craniche, ricorda anche in base a casi personali come realmente la puntura lombare sia spesso seguita da morte, non solo in caso di tumori cerebrali ma anche in base ad esempio di idrocefalo senza tumore (come in un caso osservato all'Ospedale Infantile di Alessandria): conchiude che se il medico pratico deve essere molto prudente prima di fare una puntura lombare in casi di ipertensione cranica, non si deve togliere, per esagerate paure, tale utilissimo mezzo diagnostico e terapeutico al neurologo.

Prof. PONZIO. — Ricorda come l'esame radiologico possa avere nella diagnosi di affezione cranica discreto valore. Nel caso speciale la radiografia della base ha fatto rilevare una lesione evidente del dotto sellare con erosione dei processi clinoidei posteriori che appaiono usurate. Non vi è segno di aumento di pressione andocranica. Il reperto radiologico è apparso tale da far propendere a diagnosi di tumore sviluppato posteriormente alla sella turcica con interessamento notevole dei processi clinoidei posteriori.

Prof. MARIO ARTOM. — Chiede quale sia stato il comportamento della pressione del liquor durante la puntura lombare e quale di conseguenza l'indice di Ayala. Tratta del valore di tale indice nella differenziazione tra tumore cerebrale e meningite sierosa.

Dott. ENRICO RAGNI. — Fa rilevare, nel caso in discussione, che l'amm. dopo lo svuotamento della cavità uterina fu bensì completamente sfebbrata in quarta giornata, ma dopo circa quindici giorni ebbe rialzo termico in conseguenza d'una salpingite bilaterale e solo dopo tale rialzo termico sono comparsi gli imponenti fenomeni cerebrali.

Il tracoma in Novara e Provincia.

Prof. DANTE BOCCI. — Riferisce il prof. Bocci sulla geografia del tracoma in Novara e Provincia. Afferma che in Novara non esiste più tracoma. Ciò per la costante cura ambulatoria e ospitaliera continuata per oltre trent'anni. Attualmente non si hanno più casi del genere in città, nelle scuole, nelle officine, e nelle comunità. Consiglia l'istituzione di dispensari gratuiti quotidiani chè solo con questi si può eliminare tale forma morbosa.

Il Segretario: Prof. R. RINALDI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Un sintomo obbiettivo dell'appendicite cronica.

Ai numerosi segni suggeriti per svelare una appendicite P. J. Buchmann (*Presse Méd.*, 13 agosto 1930) ne aggiunge un altro, consistente in un'anisocoria attiva, con midriasi in O. D.

Ricorda che l'anisocoria può essere espressione di lesioni cerebrali, di affezioni dell'apice, di cui noi stessi ci siamo occupati nel 1924, suggerendolo come un mezzo per svelare le tbc. iniziali apicali, e di altri organi. Egli tuttavia ha potuto notare che quest'anisocoria scompare dopo 2-7 mesi dall'intervento chirurgico sull'appendice.

Tale sintomo è stato osservato su 3500 ammalati di appendicite cronica, con una percentuale positiva di 88 % dei casi; in 6 % è stata notata la midriasi dell'occhio sinistro, osservazione già notata da noi.

L'A. spiega tale anisocoria con lo stesso meccanismo da noi invocato, consistente in una irritazione del tronco basale del lato destro del simpatico e delle sue branche fino all'appendice. Come agente irritante del simpatico è invocata l'infezione tossica secondo il concetto del Massalongo.

CARUSI.

Il segno bleu dell'ombelico.

Alcune lesioni profonde possono essere svelate per ecchimosi superficiali sintomatiche. Ricordiamo l'ecchimosi di Kirmisson nelle fratture sopracondiloidee dell'omero; l'ecchimosi del V deltoideo nella fratture della grossa tuberosità omerale; l'ecchimosi a linguetta di Verneuil nella fratture metatarsiche; l'ecchimosi di Destot o delle borse nelle fratture dell'acetabolo; l'ecchimosi di Malgaigne nelle fratture del collo chirurgico dell'omero. Altre ecchimosi denunziano infiltrazioni sanguigne lontane.

E. Forgue (rif. *Journ. des Pratic.*, 15 nov. 1930) studia l'ecchimosi ombelicale o segno di Hofstatter-Cullen-Hellendall, come segno di gestazione extrauterina o di emoperitoneo. La comparsa del segno dell'ombelico è legata ad un versamento nella sierosa peritoneale, e quindi secondaria alla rottura tubarica.

Questo segno non è molto frequente, nè sempre netto; tuttavia quando è evidente bisogna sospettare un versamento pelvi-addominale.

L. CARUSI.

CASISTICA.

Disturbi cutanei e respiratori per i coloranti delle pelliccie.

Le pelliccie più usate oggi sono fatte con pelli di coniglio colorate in modo da dar loro l'apparenza di pelli pregiate. Tale colorazione si ottiene per mezzo di derivati dell'anilina, che danno il colore nero: principalmente la para-fenilen-diamina, l'orto-amido-fenol, il para-amido-fenol, a cui si dà in genere il nome di *ursol*.

L'ursol, negli individui addetti alla lavorazione delle pelliccie può determinare; a) *affezioni cutanee*: dermite artificiale per lo più ad andamento cronico con esacerbazioni acute, che si manifesta come lesioni diffuse che si estendono per vicinanza, predominanti sulle regioni esposte, a cui si aggiungono poi delle infezioni cutanee sovrapposte.

2) *Affezioni respiratorie*, cioè asma, nel senso più lato da attribuirsi a questa parola.

3) *Affezioni oculari*: edema delle palpebre, lacrimazione, talora congiuntivite, chemosi, cheratite punteggiata.

4) *Complicazioni di natura tossica*, quali la cianosi e l'ittero, che sono però rari.

Ma anche gli individui che portano le pelliccie vanno soggetti a subire l'azione dell'ursol, che si manifesta con delle dermiti, le quali compaiono per lo più al collo ed alla parte inferiore del viso, ma anche alla fronte ed ai polsi.

L'eruzione compare talora anche dopo mesi od anni che si porta la pelliccia, ma talvolta, come nei casi di pelliccie colorate rapidamente ed insufficientemente sbarazzate dal colorante, anche abbastanza precocemente.

L'eruzione ha spesso un carattere acuto: semplice eritema all'inizio, talora di tipo scarlattiniforme, può prendere un carattere erisipelatoide. Si può anche avere edema delle palpebre e l'eritema può invadere il torace. Come accade per la maggior parte delle dermiti artificiali, l'eruzione può prendere il carattere eczematoide, sia vescicoloso, sia secernete, sia squamoso.

Ma, ancora più importanti che i disturbi acuti, che sono facilmente messi in rapporto con la causa, sono le dermiti cervicali subacute o croniche, che si osservano spesso nelle donne e che possono andare dalle forme semplici di prurito con qualche attacco eritematoso alla prurigo lichenoide (papule rosse o rosee, grandi quanto una grossa testa di spillo a lucentezza opaca o brillante) con chiazze di eczema ed anche dare, in seguito al grattamento, una linchizzazione cervicale diffusa.

Vi sono poi delle forme associate, dovute a germi che si installano sulla lesione: para-

cheratosi, dermiti a focolai circoscritti, con scollamento epidermico; l'infezione però non ha che una parte secondaria.

Di solito tali dermiti persistono fino alla soppressione della causa; talora possono essere prolungate dalla terapia inadatta, come sarebbe, p. es., l'applicazione di cristalvioletto o di verde brillante; sostanze chimicamente vicine all'ursol.

La diagnosi si fa soprattutto per l'anamnesi e per la localizzazione della dermite. La terapia consiste nella soppressione della causa. Le diverse terapie desensibilizzanti sono inefficaci. In qualche caso, possono dare discreti risultati i rimedi del sistema nervoso vegetativo, quali l'efedrina, l'atropina, l'ergotamina.
fil.

Dermatite da ratania.

La tintura di ratania è largamente usata in paste e liquidi dentifrici. Lewith e Lanecker (*Dermatologische Wochens.* e *Presse méd.*, 11 giugno 1930) segnalano un caso di stomatite e di dermite periboccale da tintura di ratania. Si trattava di un uomo di 33 anni affetto da scorbuto in cui, la spennellatura delle gengive con una miscela composta da tintura di ratania, tintura di noci di galla e tintura d'oppio, alternata con gargarismi di acqua ossigenata, fece comparire, 4 giorni dopo l'inizio della cura, una tumefazione alle labbra e, l'indomani, un eczema periboccale che si estese alla metà sinistra della faccia, provocando anche edema delle palpebre. Le cutireazioni fatte con i diversi medicamenti usati, mostrarono che la ratania era la sola in causa.
fil.

Epidermofitosi ed epidermofitidi delle mani.

Le eruzioni micotiche delle mani accompagnano spesso quelle dei piedi. Per spiegare ciò William e Bloch hanno emesso l'ipotesi che, poichè le lesioni delle mani sono abitualmente prive di funghi, esse siano degli epidermofitidi secondari al focolaio dei piedi contenente parassiti. Il Peck pubblicò un caso di epidermofitosi di una mano con epidermofitidi dell'altra mano e dei piedi. Un caso consimile è descritto dall'Higman (*The Journ. of the Amer. Med. Ass.*, 18 ott. 1930) nel quale l'A. non ha fatto ricerche per stabilire se, come nel caso di Peck, esisteva fitemia. Questo caso aveva l'aspetto clinico dell'eczema e senza l'esame microscopico sarebbe stato curato come tale.
R. LUSENA.

TERAPIA.

Diagnosi e cura di alcuni piccoli disturbi digestivi molto comuni.

Alcuni disturbi per la loro scarsa gravità sono trascurati nei testi di medicina, mentre in pratica ci si trova spesso di fronte ad essi. Ad essi dedica un articolo Hunt (*The Lancet*, 8 nov. 1930).

Attacchi biliari. L'A. dà questo nome all'emicrania che si accompagna a vomito. Ci possono essere forme atipiche, che si possono definire di emicrania addominale, in cui il male di testa è completamente assente, mentre esiste una sensazione di malessere addominale che non giunge alla vera crisi dolorosa. Esiste anche una speciale condizione che non tutti ammettono; l'A. la chiama influenza gastrica ed è convinto che esista: comincia con senso di malessere generale, cefalea, dolori muscolari a cui seguono sintomi digestivi. Questa forma è raramente solo addominale, perchè spesso è associata a mal di gola e disturbi dell'apparato respiratorio. Raramente in questi casi si ha dolore da spasmo del colon tanto forte da simulare l'appendicite. Per lo più il dolore è dei muscoli della parete addominale. Nell'influenza gastrica c'è leucopenia, mentre nell'appendicite si ha leucocitosi. La cura consiste nella somministrazione di rabarbaro e aspirina.

Un'altra condizione da tener presente è l'avvelenamento alimentare acuto, che può facilmente confondersi colla calcolosi epatica e colla colecistite. Bisogna poi notare che la vera calcolosi epatica può accompagnarsi all'emicrania addominale.

La migliore cura dell'emicrania addominale è quella del glucosio, degli acidi biliari, della dieta moderata e qualche volta del sondaggio duodenale.

Dispepsie funzionali nei giovani. Le emozioni hanno certo un'influenza notevole sulla digestione che possono turbare sensibilmente; questo turbamento ripetuto può condurre al catarro gastrico o intestinale. Ci sono disturbi della digestione nei giovani e specialmente nelle giovani che sono in rapporto con fenomeni sessuali e che guariscono perfettamente col matrimonio o col cambiamento di ambiente e sono quei disturbi ritenuti come neurastenici. Anche nel 30-40 % di casi di ipertiroidismo lieve si hanno disturbi a carico dell'apparato digerente. Questi disturbi si possono avere anche nei tubercolosi e sono di natura tossiemica. Per quanto riguarda la dispepsia delle ragazze spesso essa è legata ad un'insufficienza ovarica.

Insulina e appetito. Nei casi di disturbi digestivi in soggetti magri con visceroptosi, l'uso dell'insulina per farli ingrassare dà in genere buoni risultati. La cura del'insulina varia d'intensità da 5 a 10 unità al giorno. Essa può essere utile anche nelle dispepsie degli ipertiroidei, dei tubercolosi, dei nevrastenici. Bisognerà contemporaneamente curare la stitichezza in chi ne soffre e regolare la dieta in conseguenza.

Dispepsia nei vecchi. Nei vecchi si possono avere disturbi dispeptici in due condizioni:

nell'ipertrofia della prostata e nell'arteriosclerosi. Nei prostatici forse sono dovuti ad una lieve uremia e si curano coll'estirpazione della prostata.

Nelle forme arteriosclerotiche, che si hanno nei vecchi e alla cui diagnosi per lo più non si arriva che per esclusione, si consiglierà di distanziare di almeno sei ore un pasto dall'altro, di mangiare adagio, di masticare bene e di prendere poco cibo per ogni pasto.

R. LUSENA.

Cura della stipsi.

C. V. Noorden (*Med. Klin.*, 26 sett. 1930) tratta della cura della stipsi, riferendosi a quelle forme di cui va ritenuto responsabile l'apparato neuro-muscolare dell'intestino.

Anzitutto prende nettamente posizione contro l'esagerata importanza attribuita alle aderenze dell'intestino crasso, e nega l'utilità degli interventi chirurgici: perchè queste aderenze non hanno nessun reale valore nel meccanismo della stipsi, e d'altra parte ad ogni intervento segue la formazione di nuove aderenze, anche più estese. Anche l'estirpazione dell'appendice, considerato come mezzo di cura della costipazione, fallisce il suo scopo.

Tuttavia l'esistenza delle aderenze ha un'importanza tutta speciale, di carattere psichico, che può ugualmente influenzare il malato ed il medico.

Una netta distinzione tra stipsi atonica e spastica, così come era di moda, oggi ha preso il suo valore, e l'A. pensa che siano invece frequenti le forme miste, in cui l'emissione delle feci può essere regolare ma resta incompleta.

Utile, sebbene non applicabile in tutti i casi, alla cieca, è l'uso di una dieta grossolana, ricca di detriti e sopratutto di sostanze capaci di rigonfiarsi, come la cellulosa, ecc., si tratta però di una cura lunga, che mira ad educare l'intestino e richiede dal paziente fiducia e pazienza.

La terapia psichica non è senza utilità: e va raccomandato anche il massaggio, fatto dolcemente, a scopo calmante e sedativo.

In quanto alle medicine, esse debbono essere usate esclusivamente come un complemento delle misure dietetiche.

Nell'enorme numero dei nuovi medicinali, v. Noorden cita ed elogia la paraffina, particolarmente utile nelle stipsi del tipo trasverso e discendente, e da somministrarsi a piccole dosi ripetute, serbando così meglio la sua efficacia ed eliminandosi i disturbi che dosi maggiori possono provocare.

Utile è la fenolftaleina, purchè usata secondo le regole: particolarmente vantaggiosa l'associazione di 3 medicine: la paraffina, l'agar-agar, e la fenolftaleina, nel preparato noto col nome di agarol.

Anche la liquerizia, un tempo così in onore, è efficace, ma dà facilmente fenomeni di irritazione intestinale: le forme di autointossicazione intestinale e di iperindacanemia sono quelle che più se ne giovano.

La stitichezza degli obesi si curerà togliendo il grasso dalla dieta, dando carne magra, frutta e legumi. La diminuzione della colesterinemia ha un effetto benefico sull'andamento della stipsi. V. SERRA.

Le mele crude, nuovo metodo terapeutico per la cura delle diarree.

Heisler riferisce (*Die Med. Welt.*, 27 sett. 1930) sui successi ottenuti in pratica nella cura delle diarree, con la somministrazione di mele crude.

In tutti i casi di disturbi intestinali si danno al malato per uno o due giorni esclusivamente mele crude, nella maggior quantità possibile, nei bimbi senza buccia e senza torso, negli adulti intere: le mele devono essere acide. Quasi subito cedono i dolori, già il giorno seguente le feci tornano normali e allora si riprende, senza transizione, il vitto normale.

Questo tipo di dieta è infallibile: e certamente deve la sua azione alla presenza degli acidi. Le ricerche di Lenthardt hanno dimostrato che la differenza nel gusto delle mele dipende non tanto dal loro contenuto in zucchero, quanto da quello in acidi: e questo diminuisce man mano che il frutto matura.

Oltre che a questo, l'A. dà anche grande importanza alla capacità di rigonfiamento delle cellule vegetali, e alla loro potenza di assorbimento.

Dal punto di vista pratico, l'effetto è sicuro e brillantissimo: l'A. riferisce un'osservazione molto interessante e cita la sua stessa personale esperienza. Le conclusioni sono estremamente favorevoli alla diffusione di questa terapia.

V. SERRA.

MEDICINA SOCIALE.

La vaccinazione preventiva contro la tubercolosi col B. C G.

A. Calmette, vice-direttore dell'Istituto Pasteur di Parigi, pubblica, nella Sezione Medica del *Policlinico* (1° genn. 1931), una raccolta di dati relativi alla vaccinazione preventiva contro la tubercolosi, attuata mediante il suo vaccino.

Essi sono relativi a 30 Paesi, esclusa la Francia, il che li rende particolarmente significativi, poichè la Francia è la patria d'origine del metodo, e ciò potrebbe indurre i medici francesi ad una prevenzione favorevole nell'apprezzare i risultati.

Il giudizio è desunto, in massima parte, dalla mortalità generale dei bambini vaccina-

ti, in confronto di quelli non vaccinati. La mortalità generale, cioè dovuta a tutte le malattie, offre il vantaggio di essere incontrovertibile, mentre la mortalità da tubercolosi si presta ad apprezzamenti meno sicuri.

Emerge un fatto notevolissimo: la mortalità generale è molto minore nei bambini vaccinati anzichè in quelli non vaccinati. La differenza è spesso del 50 % e talvolta maggiore!

Per interpretare l'azione così marcatamente benefica del vaccino, si prospettano due ipotesi: 1° l'infezione tubercolare (forse allo stato d'elementi filtrabili la cui azione sfugge all'autopsia ed è difficilissima a riconoscere durante la vita) assume una parte molto maggiore di quella finora ammessa nel determinare la mortalità infantile; ovvero 2° l'organismo del neonato, che ospita prima e digerisce ed elimina poi i bacilli B. C. G. non virulenti, acquista una particolare attitudine a resistere anche ad altre infezioni comuni dell'infanzia.

Questa seconda ipotesi — di una immunità *sinergica* — è ammessa dalla maggior parte dei medici in Francia, in Rumania ed in altri Paesi. D'altronde, già era stata formulata da Wright per le vaccinazioni antitifiche.

Il rilievo di tale resistenza è così manifesto e così frequente, che è anche impossibile contestarlo e non invocare, per rendersene conto, la vaccinazione preventiva col B. C. G. eseguita nei primi giorni dopo la nascita.

Questo beneficio appare sopratutto evidente se si computano separatamente, come ha potuto farlo Petroff in Bulgaria, la mortalità nel primo mese di vita dei vaccinati e dei non vaccinati, mortalità che è ovunque considerevole, poichè rappresenta press'a poco un decimo dei decessi del primo anno di vita. Mentre nel primo mese la mortalità generale è per i vaccinati ed i non vaccinati press'a poco uguale, poichè gli effetti della premunizione non si sono ancora potuti produrre, essa diminuisce notevolmente dopo questo periodo tra i primi, mentre risulta del doppio tra i non vaccinati (11,4 % invece di 5,6 %). In Francia si è osservato lo stesso fenomeno nel territorio di Guebwiller (provincia del Reno Superiore).

Si è anche supposto che la differenza sia in parte dovuta al fatto che i bambini vaccinati sono curati e sorvegliati con maggiore attenzione dalle loro famiglie, anzi che i non vaccinati. Ciò è possibile per i bambini i cui genitori hanno richiesto la vaccinazione; ma non certo per tutti gli altri bambini — e sono la maggior parte — vaccinati nei Dispensari.

Tutto ciò porta a far ammettere l'innocuità assoluta del B. C. G., poichè se anche fosse pochissimo nocivo, la mortalità generale dei vaccinati sarebbe fatalmente superiore a quella dei non vaccinati.

Quanto alla mortalità per tubercolosi, la differenza tra i soggetti vaccinati e quelli non vaccinati è ancora più notevole, a volte marcatissima. Così in Grecia si registrano rispettivamente le proporzioni (per bambini sotto un anno) di 12.0 e 0.8 %; in Rumania di 25.0 e di 1.3 %; nel Belgio di 11.0 e di 1.6 %.

***

In base a questi risultati — che parlano di per sè ed esimono da commenti — l'A. confida che il metodo debba diffondersi maggiormente nella pratica. L. V.

RUBRICA DELL'UFFICIALE SANITARIO

La difesa contro le malattie infettive esotiche.

Per quanto il compito della difesa contro l'importazione di malattie esotiche spetti essenzialmente alle autorità preposte alla vigilanza sanitaria delle frontiere terrestri e dei porti, anche l'ufficiale sanitario comunale può esser chiamato a collaborare con quelle autorità nell'azione di vigilanza, o può trovarsi di fronte ad un caso di malattia esotica accidentalmente importato nell'interno del territorio del Regno.

Il regolamento sanitario 3 febbraio 1901 contiene alcune norme generali relative alle malattie esotiche (art. 149-153). È stabilito che i viaggiatori provenienti da luoghi dichiarati infetti da colera, peste bubbonica ed altre malattie esotiche diffusive, oltre che alle visite sanitarie ed alle misure profilattiche nei porti di approdo o nelle stazioni di arrivo, possano essere obbligati, con apposite ordinanze, ad una vigilanza speciale da parte dell'ufficiale sanitario del Comune di destinazione, per la durata che sarà stabilita nelle ordinanze stesse. Un nuovo provvedimento ha, di recente, integrato questa norma di massima con altre importanti disposizioni; alludiamo all'*Ordinanza di Sanità marittima n.* 1 *del* 12 *gennaio* 1930 (*Gazz. Uff.* 18-1-30, n. 14) contenente provvedimenti per la difesa sanitaria del Regno contro la importazione, per la via del mare, della peste, del colera, della febbre gialla, del tifo esantematico e del vaiuolo. Tale Ordinanza ha riunito in un testo unico tutte le precedenti disposizioni relative alla difesa marittima contro le malattie esotiche, uniformandole a quelle della convenzione sanitaria internazionale di Parigi del 21 giugno 1926 resa esecutiva nel Regno con R. decreto 16 agosto 1929 n. 1680. In essa, oltre a molte altre norme di competenza dell'autorità sanitaria marittima, sono contemplate due importanti misure profilattiche *l'osservazione sanitaria* e la *sorveglianza sanitaria*, le quali interessano, nella loro applicazione, anche l'autorità sanitaria comunale.

L'osservazione sanitaria consiste nell'*isolamento* della persona a bordo di una nave,

in una stazione sanitaria marittima, o in altro locale idoneo. Durante l'osservazione le persone isolate possono esser sottoposte alle ricerche cliniche e batteriologiche ritenute necessarie dall'autorità.

La *sorveglianza sanitaria* invece si esplica nel luogo di arrivo e consiste unicamente in una *visita medica giornaliera.* Le persone ad essa sottoposte vengono munite, dall'ufficio sanitario del porto, di un «foglio sanitario» nel quale è indicata la durata della sorveglianza, e, contemporaneamente esse vengono segnalate nel modo più rapido ai Podestà dei Comuni di destinazione. La persona soggetta a sorveglianza è obbligata a presentarsi al Podestà od all'ufficiale sanitario entro 24 ore dal suo arrivo nel Comune di destinazione; i contravventori sono puniti a sensi dell'art. 129 del T. U. delle leggi sanitarie.

Se la persona si allontana dal Comune prima che sia terminato il periodo di sorveglianza, il Podestà deve, a sua volta, segnalarla al Podestà del Comune di nuova destinazione, per il proseguimento della sorveglianza stessa. Durante la sorveglianza l'autorità può assoggettare le persone che vi sono sottoposte alle ricerche cliniche e batteriologiche ritenute necessarie. Tanto l'autorità sanitaria marittima che quella comunale hanno facoltà di sottoporre all'osservazione sanitaria, invece che alla semplice sorveglianza, nei casi in cui questa è prescritta, le persone che non offrano le necessarie garanzie sanitarie.

E' ovvio che quando fra le persone sorvegliate si manifesti la malattia esotica, che ha motivato la sorveglianza, spetta all'autorità sanitaria locale applicare le norme degli art. 134 e 135 del regolamento generale sanitario relative ai provvedimenti d'ufficio per l'isolamento del malato e delle persone che hanno avuto contatto con esso, per le disinfezioni, e per tutte le altre misure profilattiche che risultino necessarie. Se, indipendentemente dalla segnalazione di vigilanza, si manifesta un caso, anche sospetto, di malattia esotica, contemporaneamente all'adozione delle misure profilattiche, l'ufficiale sanitario deve procedere all'accertamento diagnostico con tutti i mezzi più idonei, e colla collaborazione del laboratorio provinciale d'igiene.

Il regolamento generale sanitario prescrive che gli albergatori, affittacamere, e chiunque riceva nel proprio domicilio persone provenienti da luoghi infetti da malattie esotiche, debbono farne immediata denunzia al Podestà. Per facilitare l'osservanza di tale obbligo, l'ufficiale sanitario potrà proporre al Podestà di render noto agli albergatori, ecc. quali siano le località da considerarsi infette e di richiamare la loro attenzione sul «foglio sanitario» di cui le persone provenienti da detti luoghi devono essere in possesso.

Per evitare la diffusione di malattie esotiche l'autorità sanitaria potrà all'occorrenza vietare le fiere, i mercati e le pubbliche riunioni; misura questa la quale può essere applicata anche in occasione di malattie epidemiche comuni, ma che deve riservarsi ai casi di assoluta necessità, per evitare di suscitare nella popolazione ingiustificati allarmi.

Le principali malattie epidemiche e diffusive che possono essere importate da noi sono il colera e la peste; secondariamente possiamo considerare la febbre gialla e la dengue, ed in un gruppo a parte il tifo esantematico ed il vaiuolo.

Non è il caso di trattare qui per esteso della profilassi del *colera;* basterà accennare che in questa malattia i germi patogeni si diffondono principalmente per mezzo delle deiezioni e del vomito e che perciò i veicoli di contagio sono rappresentati da questi materiali e da tutto ciò che può venire da essi contaminato (mani, vestiti, biancherie; alimenti, acqua, latrine, ecc.); su tali veicoli sarà perciò portata l'attenzione dell'ufficiale sanitario in tempo di epidemia, non senza tener presente la possibile esistenza di portatori.

Per la *peste* i veicoli di trasmissione variano a seconda della forma anatomopatologica e clinica; in quella polmonare (la più grave) hanno importanza l'aria espirata ed i prodotti di escrezione delle vie respiratorie. La profilassi, perciò, s'impernia sul più rigoroso isolamento e sulla protezione dei sani a mezzo di maschere respiratorie, nonchè sulla disinfezione degli escreati, biancherie, ecc.

Per la peste bubbonica i veicoli di contagio sono rappresentati da ospiti intermedi del bacillo pestoso e cioè dai topi e dalle loro pulci (eventualmente da altri roditori o da altri insetti, acari, ecc.), e le misure profilattiche debbono sopratutto prender di mira questi agenti di diffusione del germe patogeno.

La *febbre gialla* e la *dengue* vengono trasmesse per effetto della puntura di insetti alati (zanzare della specie Stegomyia) e su ciò deve basarsi la profilassi. Mentre la prima di tali malattie ben difficilmente può giungere ai nostri porti, la seconda ha dato di recente manifestazioni epidemiche nel bacino del Mediterraneo ed esiste la possibilità che sia importata ed attecchisca anche in alcune delle coste italiane.

Il *tifo esantematico* ed il *vaiuolo* si possono fortunatamente considerare come malattie esotiche, perchè ormai, da qualche anno, non sono più endemiche nel Regno e le limitate manifestazioni di esse, che talvolta si verificano, sono dovute a casi d'importazione.

Giova però tener presente che esiste una forma morbosa affine al tifo esantematico, il cosidetto morbo di Brill o febbre eruttiva estiva, descritta anche a Roma (Carducci, Pecori, ecc.), la cui etiologia ed i cui rapporti col tifo esantematico propriamente detto sono ancora

incerti. Mentre è noto che il tifo esantematico è trasmesso dal pidocchio, i casi di morbo di Brill, secondo osservazioni recenti, potrebbero mettersi in relazione con la presenza di zecche, parassiti assai frequenti nel cane.

La profilassi di queste forme morbose, di cui la prima si può dire scomparsa in Italia, e la seconda ha carattere di benignità e di scarsa diffusibilità, deve dunque orientarsi verso la lotta contro i parassiti cutanei (disinfestione), senza tralasciare le ordinarie misure di isolamento, disinfezione, ecc.

Del vaiuolo e della vaccinazione, per la loro importanza, diremo in un prossimo articolo.

A. FRANCHETTI.

POSTA DEGLI ABBONATI

Reperto di micrococchi nel secreto uro-genitale. — Al dott. G. B. da R.:

Il reperto positivo di gonococchi, soltanto extracellulari, nei genitali femminili e nell'uretra, depone in genere per un'infezione attenuata o latente, ma non ancora estinta, la quale in molti casi può riaccendersi e diventare allora più sicuramente contagiosa, specie se nel materiale preso in esame si riscontrino anche polinucleati disfatti e cellule di pus vere e proprie.

Nel caso prospettato dall'abbonato è piuttosto su quest'ultimo reperto che bisogna fondarsi per ammettere o no la contagiosità del soggetto e occorre poi anche esser sicuri che si tratti di pseudo-gonococchi o di simil-gonococchi a proposito dei quali si potrà leggere con profitto quanto scrive il VIANA nel suo recente trattato: *La blenorragia nella donna* (Roma, Pozzi, 1930) a pag. 182 e segg.

V. MONTESANO.

VARIA.

Riflessi condizionali e farmacologia.

Le applicazioni della dottrina dei riflessi condizionali ai fatti fisiologici e psicologici vanno diventando sempre più numerose.

Sono comparsi recentemente alcuni studî che provano come il meccanismo di azione di alcuni farmaci si spieghi con la formazione di riflessi condizionali.

Già Pawlow ne aveva fatto cenno interpretando al lume della sua teoria l'abitudine agli ipnotici e agli analgesici e l'anafilassi.

Interessanti al riguardo sono le sue ricerche sulle reazioni date dall'apomorfina e dalla morfina.

Fece ad un cane un'iniezione di apomorfina e dopo uno o due minuti gli fece udire per lungo tempo un campanello. Mentre udiva questo suono il cane cominciò a risentire gli effetti dell'apomorfina: diventò irrequieto, si leccava le labbra con la lingua, ebbe abbondante salivazione e tendenza al vomito. Pawlow ripetette questo esperimento parecchie volte, e dopo notò che il solo suono del campanello era capace di provocare gli stessi effetti dell'apomorfina quantunque in grado minore.

Krylov sperimentò con la morfina. L'iniezione di questa droga produce nel cane nausea, secrezione salivare, vomito e sonno. Ripetette questa iniezione regolarmente ogni qual volta cessavano i sintomi dell'avvelenamento precedente e dopo cinque o sei giorni notò che bastavano i soli preliminari dell'iniezione per produrre i disturbi provocati dalla morfina. Si giunse fino al punto che la sola vista dell'esperimentatore bastava a produrre nausea, vomito e sonno.

Adunque gli stimoli fisici possono sostituirsi a quelli farmacologici per produrre reazioni identiche.

Per quel che riguarda i bromuri Pawlow applicando la sua dottrina dà un'interessante interpretazione del loro meccanismo di azione. Al riguardo cita l'esperimento fatto su di un cane eccitabile nel quale l'inibizione interna era debole, e che presentò per mesi un vero stato di neurosi. Dopo la somministrazione di bromuri rilevò che tutte le forme d'inibizione si ristabilivano gradatamente. La prima a ricomparire fu la sensibilità di discriminazione tattile e poi l'inibizione condizionale. Notò che i bromuri non fecero diminuire la vivacità dei riflessi che rimasero sempre inalterati. Ne concluse che i bromuri non possono essere considerati sedativi nel senso che diminuiscono l'eccitabilità del sistema nervoso, ma sono semplicemente regolatori dell'attività nervosa, rinforzando l'intensità dell'inibizione interna.

Da quest'azione farmacologica dei bromuri Pawlow deduce che le neurosi possono essere considerate come un disturbo del meccanismo dell'inibizione interna.

Le applicazioni della teoria di Pawlow agli avvelenamenti voluttuari cronici, il cocainismo, morfinismo, alcoolismo, non sono ancora del tutto soddisfacenti. Sembra anzi inconciliabile con questa dottrina come la ripetizione della somministrazione del tossico non faccia che rinfolocare il desiderio, produrre assuefazione e disordini più o meno gravi con la sospensione, senza che nessun altro mezzo riesca a sostituire la droga nei suoi effetti. Tuttavia è di conoscenza comune che lo svezzamento della morfina si può ottenere anche alternando all'iniezioni dell'alcaloide in dosi progressivamente attenuate iniezioni di semplice siero fisiologico. Il che prova che il solo fatto dell'iniezione è sufficiente a dare il benessere fornito dalla morfina. Si tratta anche in questo caso di un riflesso condizionale.

argo.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

L'Italia medica ... a volo d'uccello.

Un giornale di medicina indiano — *The Indian Medical Gazette* — pubblica un articolo del dott. P. T. Patel, Direttore dell'Ospedale d'isolamento di Bombay.

L'articolo s'intitola: *Impressioni di un giro attraverso qualche noto centro medico europeo.*

Essendo sbarcato in Italia è naturale che il medico turista dedichi la prima parte del suo articolo al nostro paese.

Traduciamo letteralmente la parte che ci riguarda:

« *Napoli.* — Di molto interesse sono le ca-« se scavate a Pompei, che con i loro atrii « centrali quadrati rassomigliano alle case in-« diane di vecchio stile. Napoli ha una buona « scuola di Medicina Tropicale, dove si fanno « studi speciali sulla malaria e su altre malat-« tie tropicali.

« *Milano* è la principale città d'Italia ed ha « tre o quattro cliniche universitarie, medica, « chirurgica, etc. ed un grande ospedale ge-« nerale.

« La clinica medica ha laboratorî di chi-« mica, fisica etc., sale e camere speciali per « studenti. Vicino a Milano c'è il pittoresco « lago di Como, che si raggiunge con un au-« tostrada di 12 miglia di recente costruita ».

Le preziose impressioni del medico inglese-indiano si limitano ai centri partenopeo e lombardo verisimilmente perchè egli è sbarcato a Napoli ed ha cambiato treno a Milano prima di mettersi in viaggio per Vienna, dove le sue impressioni sono state più vivaci perchè..... informato dal giornale *Ars Medici* pubblicato nella capitale dell'ex impero austriaco da quella *American Medical Association.*

Peccato che egli ha fatto il viaggio di notte! Se avesse viaggiato di giorno avrebbe potuto avere l'impressione che vicino a Roma c'è Frascati, che vicino a Firenze c'è Fiesole, e che a Bologna c'è la torre degli Asinelli.

E se si fosse soffermato un po', oltre ad interessanti apprezzamenti archeologici del genere di quelli fatti a Pompei, avrebbe potuto dare precise informazioni su i maccheroni, su i vini pastosi ed asciutti dei Castelli, sul Chianti, sulle tagliatelle e sul risotto.

E attraverso tutte queste impressioni fortemente sensoriali i medici indiani lettori della su lodata gazzetta avrebbero potuto formarsi un'idea sufficientemente esatta del contributo che l'Italia ha apportato alle scienze mediche, dello sviluppo dei laboratorî d'indagine, dei progressi delle opere assistenziali raggiunte nel nostro Paese.

Dopo ciò c'è da augurarsi una nuova visita del dott. Patel, che ha un così penetrante spirito d'investigazione e tanto amore per la verità.

Ne guadagneranno in compenso i medici del paese di Gandhi ed in parte i medici italiani.

Perchè il buon umore è salute.

Pangloss.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Aiello del Sabato (*Avellino*). — Scad. 31 gen.; L. 6500 oltre L. 6 addizionali per ogni pov. sopra i 500; 5 quadrienni dec.; L. 3000 se cavalcat. in proprio; tassa L. 50,10.

Aosta. *Amministrazione Provinciale.* — Il termine di scadenza stabilito al 15 dicembre per il concorso bandito in data 15 settembre, pel conferimento dei posti di Direttore della Sezione Medico micrografica ed assistente della Sezione Chimica dei Laboratori Provinciali di Igiene e Profilassi, è stato prorogato sino alle ore 18 del 31 gennaio 1931, ferme restando tutte le altre condizioni.

Baronissi (*Salerno*). — Condotta medico-chirurgica. Scadenza 20 gennaio. (Per dettagli vedi N. 51 del 1930).

Bitonto (*Bari*). — Scad. 10 feb.; per Mariotto: L. 9500 e 5 quadrienni dec., c.-v.; età lim. 40 a.

Castellavazzo (*Belluno*). — Consorzio; L. 9000, addizionale di L. 3 oltre i 1000 pov., per cavalc. L. 3500, c.-v., se uff. san. L. 700; 5 quadrienni dec. Tassa L. 50,10. Chiedere informazioni.

Castel S. Elia (*Viterbo*). — Scad. 10 mar.; lire 10.500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 400 uff. san.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

Cervino (*Napoli*). — Scad. 31 mar.; L. 9500 oltre L. 500 indenn. servizio sanit. provvisorio; 4 quadrienni dec.; età lim. 40 a.

Cori (*Roma*). — Scad. 30 genn.; L. 9500 per 1000 pov., addizion. L. 4 fino a 2000 pov. e L. 5 oltre; 5 quadrienni dec.; età lim. 35 a.; tassa L. 50; serv. entro 20 gg.

Enna. *R. Prefettura.* — Per titoli ed esami. Posti di Ufficiale Sanitario nei singoli Comuni di Centuripe, Regalbuto, Troina, Villarosa. Stipendio annuo lordo L. 7000 per ciascun Comune. Documenti di rito più i titoli scientifici e di carriera che l'interessato crederà opportuno. Nella domanda precisare il Comune cui si intende concorrere. Volendo concorrere in più Comuni, occorre presentare altrettante separate domande. Scadenza 25 febbraio. Per maggiori chiarimenti rivolgersi alla R. Prefettura di Enna (Ufficio Sanitario).

Fermo (*Ascoli Piceno*). — Condotta chirurgica primaria per la Città e l'Ospedale. Scadenza 10 gennaio 1931. Per le condizioni chiedere il bando di concorso alla Segreteria Comunale.

Falmenta (*Novara*). — Consorzio; L. 9000 e 10 bienni ventesimo, addizionale L. 5 oltre un decimo della popolaz.; età lim. 35 a.; scad. 28 febbr.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 28 nov.

FIRENZE. *Spedale S. Giovanni di Dio.* — Assistente chirurgo; L. 5000 oltre indenn. di guardia L. 1200; compartecipazione onorari. Età lim. 30 a.; non oltre 5 anni di laurea. Doc. a 3 mesi. Scad. ore 16 del 28 febbr. Rivolgersi al Presidente del Consiglio d'Amministrazione.

FRISA (*Chieti*). — Scad. 31 gen.; L. 9700 e 5 quadrienni dec., oltre addizionale L. 5 ogni povero sopra 500, L. 1000 trasp., L. 500 se uff. san.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

FROSINONE. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esame a due posti coadiutori Sezioni Micrografica e Chimica Laboratorio Provinciale Igiene e Profilassi. Stipendio base L. 11.000 aumentabili a L. 13.600 massimo, oltre indennità servizio attivo. Età mass. a. 35, salvo eccezioni articolo 42 R. D. 1-9-1922, N. 1290 e R. D. 16 gennaio 1927, N. 155. Domanda e documenti fino a tutto il 15 febbraio 1931, alla Segreteria provinciale alla quale possono essere richiesti i chiarimenti che si desiderano.

GRUMO NEVANO (*Napoli*). — Scad. 28 febbr.; lire 9500 diminuite del 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

MASSALOMBARDA (*Ravenna*). — Scad. 30 gen.; consorzio; L. 8000 oltre c.-v., L. 2500 cavalc., 10 bienni ventes.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

MILANO. *Amministrazione Provinciale.* — Medico direttore dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale in Mombello di Limbiate. L. 30.000 e 3 bienni dec.; alloggio senza mobilio; abbonam. gratuito tramvia Milano-Mombello; ricostruzione carriera. Tassa L. 50,10.

MONASTIR (*Cagliari*). — Scad. 30 gen.; con Ussana; L. 11.500 e 4 quinquenni dec.

MONTAPPONE (*Ascoli Piceno*). — Scad. 1° marzo; L. 8500 oltre L. 500 indenn. laurea, L. 1000 indennità forese, L. 400-1700-2700 trasp.; 5 quadrienni dec.; assistenza gratuita 25 % della popolazione (2200 ab.); età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

MONTECATINI VALDINIEVOLE (*Pistoia*). — Scad. 14 genn.; L. 7040 e 8 trienni dec., oltre L. 2200 cavalc., L. 800 se uff. san.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 15 dic.

MONTELIBRETTI (*Roma*). — Scad. 15 gen.; L. 9500 e c.-v., oltre L. 400 uff. san., 5 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

PICINISCO (*Frosinone*). — Scad. 31 gen.; lire 10.000 e 5 quadrienni dec.; età lim. 35 a.

PORTALBERA (*Pavia*). — Scad. 28 febbr.; L. 11.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 300 uff. san.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

RAGUSA. *R. Prefettura.* — Ufficiali san. per Monterosso Almo e per Pozzallo; titoli ed esami; L. 5280 (in seguito a riduzione del 12 %) e 4 quadrienni dec.; doc. a 3 mesi dal 20 dic.; tassa lire 50,20 al tesoriere provinciale; chiedere annunzio. Scad. 45 gg. dal 20 dic.

ROTONDELLA (*Potenza*). — Scad. 1° mar.; L. 7000 aumentabili; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

SAVONA. *R. Prefettura.* — Per titoli ed esami. Ufficiale sanitario pel Comune di Varazze. Stipendio lordo L. 8000 oltre il caro viveri, con facoltà di libero esercizio professione; documenti di rito; età massima anni 45 e per ex combattenti anni 50. Le domande dovranno pervenire alla Prefettura di Savona non oltre le ore 17 del 31 gennaio. Per informazioni e richiesta bando di concorso, rivolgersi al Comune di Varazze.

S. VITTORIA D'ALBA (*Cuneo*). — Scad. 15 gen.; L. 9000 con le detrazioni di legge, oltre L. 500 uff. san., L. 4000 per obbligo automobile, 3 quinquenni dec.; tassa L. 50.

VARAZZE. — (Vedi Savona).

VENEZIA. *Ospedale Civile.* — Direttore dell'Ospedale per convalescenti di Pellestrina, equiparato ad aiuto medico; L. 4560 per i coniugati e L. 4200 per i celibi, oltre L. 3000 disagiata residenza, ridotti del 12 %; titoli ed esami; periodo biennale di prova; età lim. 35 a.; 4 anni in Ospedali, Cliniche universitarie o Condotte; doc. a 3 mesi dal 10 dic. Scad. ore 17,30 del 15 mar. Chiedere annunzio.

VENEZIA. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Portogruaro; L. 12.000, oltre 5 quadrienni dec., c.-v., L. 1000-2500-3000-4000 trasp., indennità; scad. ore 17 del 27 febbr.; età lim. 45 a.; tassa L. 50 all'esattore-tesoriere del Comune di Portogruaro.

Avvertenza. — **Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, e compensi allo stipendio base.**

CONCORSO PER UN LAVORO SCIENTIFICO.

È bandito un concorso col premio di L. 3000 (tremila) per il miglior lavoro originale intorno al seguente argomento: « Sull'azione del composto risultante dalla combinazione chimica di latte sgrassato con glicerina e zinco ossido, da adoperarsi come eccipiente di pomata invece del grasso con speciale riguardo ai fenomeni di permeabilità, assorbimento e protezione della pelle ».

La memoria dovrà essere sperimentale e non di compilazione.

La Commissione giudicatrice è composta da tre professori liberi docenti in dermatologia. Essa si riserva ogni diritto sulle pubblicazioni pervenute.

Le memorie dattilografate dovranno pervenire non oltre il 30 giugno 1931 all'Istituto Dermatologico Italiano « Hecotect », Roma - Via Gaeta 14, al quale devono pure essere richiesti gli eventuali schiarimenti sul concorso.

BORSE DI STUDIO.

Per un corso di perfezionamento in Francia.

Presso la R. Università di Roma è aperto il concorso ad un Premio di L. 5000 (cinquemila) istituito dalla « Casa P. Famel » di Parigi per un corso di perfezionamento, in medicina e chirurgia.

Il premio sarà attribuito ad un laureato che esplicitamente dichiarerà di recarsi a Parigi ed ivi trattenersi per frequentarvi un corso di perfezionamento in Clinica medica.

Sono ammessi al concorso i laureati in medicina e chirurgia, presso l'Università di Roma, entro cinque anni dal conseguimento della laurea. Chiedere l'annunzio alla Segreteria. Scadenza 30 marzo.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il dott. Emanuele Freund, di Trieste, ha conseguito brillantemente la libera docenza in clinica dermosifilopatica. All'insigne studioso i nostri rallegramenti.

Il prof. Arturo Casarini, colonnello medico, direttore del « Giornale di Medicina Militare », è nominato socio della Reale Accademia di Scienze, Lettere ed Arti di Modena. Rallegramenti cordiali.

Il dott. Raymond Grégoire, *agrégé* libero alla Facoltà medica di Parigi, chirurgo degli Ospedali, prosettore, capo di Clinica, è nominato professore d'anatomia chirurgica e di tecnica operatoria presso la detta Facoltà, a partire dal 1° dicembre 1930, in sostituzione del prof. Cuneo, passato alla cattedra di Clinica chirurgica già tenuta dal prof. Hartmann, andato a riposo per limiti d'età.

Il premio istituito dalla dott.a Sophie A. Nordhoff-Jung, presso la 1ª Clinica Medica di Monaco, per studi sul cancro, è stato conferito al dott. Alexis Carrel, dell'Istituto Rockefeller di New York, per le sue ricerche sulla coltivazione dei tessuti, le quali hanno contribuito a chiarire le condizioni di sviluppo della cellula cancerosa. La Commissione aggiudicatrice era composta dei proff. Borst, Döderlein, v. Romberg e Sauerbruch.

Il prof. Friedrich Pietrusky, di medicina legale e sociale ad Halle, è passato a Bonn; al suo posto è stato chiamato da Francoforte il prof. Willy Workastner.

Il prof. Aurel v. Szily, direttore della Clinica oftalmologica dell'Università di Münster i. W., è stato chiamato a Friburgo i. B., quale successore di Axenfeld.

Il dott. Thouvenin è nominato professore di patologia chirurgica alla Scuola medica di Angers, in sostituzione del prof. Tesson, passato alla clinica chirurgica.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Milano.

Adunanza della Sezione Milanese della Lega Italiana per la lotta contro il cancro.

Il giorno 30 novembre u. s. ha avuto luogo nell'Aula Magna della R. Clinica Medica la seconda adunanza scientifico-pratica per i medici della Lombardia, organizzata dalla Sezione Milanese della Lega Italiana per la lotta contro il Cancro. La seduta venne aperta dal Presidente prof. Belfanti il quale dopo brevi parole di compiacimento e di augurio per il numero degli intervenuti diede senz'altro la parola al primo oratore prof. Tansini. L'illustre clinico chirurgo di Pavia ha svolto con grande lucidità e concisione alcuni suoi concetti su « La prevenzione del cancro negli ex-cancerosi ». Egli ha ricordato, e vi ha insistito sopra l'importanza della nota costituzionale nell'insorgenza del cancro e sulla necessità quindi di cercare di modificare queste, sia preventivamente che curativamente. Ha insistito ancora una volta sulla maggior frequenza delle neoplasie negli individui a tipo sanguigno ed in quelli ben nutriti: la cura, specialmente quella preventiva negli operati per cancro dovrebbe essere intesa — ha detto l'O. — non già rinforzare l'individuo ed a farlo aumentare di peso, ma invece a deprimerne fino ad un certo punto la vitalità e le condizioni di nutrizione, ciò con un'opportuna dietetica di limitato valore nutritivo e magari con salassi, ecc. Ha ricordato infine la maggiore frequenza nel cancro nelle regioni settentrionali in confronto a quelle con clima caldo, fatto ch'egli attribuisce per lo meno in parte alla più ricca alimentazione dei popoli delle prime. Al prof. Tansini ha risposto il prof. Fichera felicitandosi che i risultati dell'acume clinico del prof. Tansini collimino perfettamente con le risultanze degli studi biologici dell'O. Anche il prof. Fichera ha insistito sull'importanza delle note costituzionali per l'insorgenza del cancro. Non vi è dubbio che vi è un rapporto intimo tra vari tipi di cancro e le varie età, e persino tra tipo di neoplasia maligna, tipo somatico ed eventuali disendocrinie come l'ipertiroidismo e l'ipergenitalismo. Anche egli ha sostenuto, d'accordo col prof. Tansini, sull'opportunità di evitare negli ex-cancerosi e nei cancerosi gli alimenti ed i farmaci atti ad esaltare le condizioni vitali del soggetto, come l'arsenico, la colesterina, ecc. Il prof. Perussia ha svolto una comunicazione sul tema « Il criterio di operabilità nella radioterapia dei tumori » ed ha sostenuto l'opportunità di non considerare la cura radioterapica come un'*extrema ratio*, a scopo spesso puramente psichico, nel caso di tumori inoperabili, ma come un mezzo curativo dell'efficacia del quale soltanto il radiologo può essere giudice competente, ha sostenuto pure la necessità di bandire nella maggior parte dei casi la radioterapia a scopo suggestivo. A quella del prof. Perussia ha fatto seguito la comunicazione del prof. Fichera a titolo: « Contributo allo studio della terapia biologica dei tumori maligni ». Il prof. Fichera ha insistito con convinzione ed energia sul concetto già da lui affermato nella risposta al prof. Tansini, e cioè sull'importanza del fattore terreno, del fattore umorale, del fattore endocrino in senso lato per l'insorgenza e lo sviluppo del cancro. Non vi è dubbio, ha ricordato, che vi sono organi fortemente predisposti ad esso, ed altri che non vi vanno soggetti che con grande rarità, ha ricordato tra i primi i parenchimi genitali, tra gli ultimi la milza, il timo ed altri. Ciò non può non essere legato a fattori umorali, legati al ricambio di quei determinati tessuti. Passando quindi alla descrizione del proprio metodo di trattamento biologico del cancro per mezzo della somministrazione di estratti di organi sulla natura dei quali il prof. Fichera mantiene tutt'ora il segreto egli ha proiettato una ricchissima serie di preparati microscopici accompagnandoli con l'illustrazione delle rispettive storie cliniche, preparati bioptici di cancerosi trattati col « metodo biologico » e prelevati a diversi intervalli di tempo: in tutti essi è risultata evidentissima la regressione e la tendenza allo sfacelo ed alla scomparsa del tessuto carcinomatoso. Ha quindi presentato una serie di una dozzina di cancerosi pure trattati col proprio metodo. Anche per quanto riguarda questi ultimi l'impressione generale è stata — anche in base al racconto dei pazienti stessi — che il trattamento biologico abbia determinato in essi una rimarchevole regressione del tumore e delle manifestazioni secondarie alla sua presenza. La comunicazione del prof. Fichera è stata accolta da applausi vivissimi. Data l'ora tarda si è quindi deliberato di rimandare alla prossima adunanza lo svolgimento delle restanti comunicazioni.

R. ASCOLI.

NOTIZIE DIVERSE.

Il Consiglio delle ricerche per le acque minerali italiane.

Per lo studio delle acque minerali italiane, che tanta importanza hanno anche dal punto di vista economico, il Comitato Nazionale per la Chimica del Consiglio Nazionale delle Ricerche, di concerto con la Direzione Generale della Sanità Pubblica, ha formulato un programma di studi che porterà alla pubblicazione di speciali volumi.

Questi studi verranno compiuti da una Commissione della quale è presidente il prof. Nicola Parravano, accademico d'Italia, e segretario il prof. Domenico Marotta; altri membri della Commissione sono: prof. Mario Betti, prof. Attilio Bonanni, prof. G. Batta Bonino, on. prof. Dante De Blasi, accademico d'Italia, sen. prof. Raffaello Nasini, gr. uff. Mario Rebucci, dott. Carlo Sica.

Scuola di perfezionamento in Oncologia a Roma.

La Scuola di perfezionamento in Oncologia presso la R. Università di Roma ha il compito di fornire ai medici conoscenze complete sulle dottrine moderne, sui tumori maligni e addestrarli per un pronto accertamento. È diretta dal prof. A. Dionisi. Potranno prendervi parte soltanto i laureati in medicina e chirurgia. Le iscrizioni si accettano fino al 15 gennaio ed il corso non avrà luogo qualora il numero degli iscritti sarà inferiore a sei. Ha la durata di un anno scolastico. Tasse complessive L. 1655. Rivolgersi al direttore della Scuola, prof. A. Dionisi, direttore dell'Istituto di Anatomia patologica della R. Università di Roma.

Scuola "Minich„ di medicina a Venezia.

Il corso per l'anno scolastico 1930-31 della Scuola di medicina e chirurgia pratica « Angelo Minich » è stato inaugurato a Venezia, nella sala della biblioteca dell'Ospedale Civile, con un discorso del prof. Ligorio e con una prolusione del prof. Angelo Fabris sul tema: « Fattore specifico locale delle alterazioni anatomiche ». Nello scorso anno scolastico la scuola venne frequentata da 18 medici e 36 studenti.

Scuola di perfezionamento in puericultura e igiene infantile a Bologna.

È stata istituita presso la R. Clinica pediatrica, per laureati in medicina, sotto la direzione del prof. Maurizio Pincherle; ha la durata di un anno, salvo riduzioni per coloro che fossero forniti di titoli speciali; tasse complessive L. 1000.

Le iscrizioni per l'anno accademico in corso si sono chiuse il 31 dicembre. (L'annunzio ci è giunto troppo tardi per darne notizia tempestiva).

Istituto Lombardo del Radium.

E' stato inaugurato il 14 dicembre, alla presenza di numerose personalità del corpo medico milanese. L'Istituto è sorto per iniziativa di molti clinici e specialisti di Milano e delle città limitrofe.

Il Principe di Piemonte si è degnato di apporre la firma nell'Albo d'Oro dell'Istituto.

Corsi per infermiere famigliari fasciste.

Il segretario del Partito on. Giuriati ha inviato ai segretari federali una circolare con la quale comunica che, in seguito a precisi accordi intervenuti fra la direzione del Partito e la presidenza della Croce Rossa Italiana, i Corsi per le infermiere familiari fasciste continueranno a funzionare sotto le direttive della Croce Rossa Italiana, e ne fissa le norme.

Donatori di sangue del G. U. F. milanese.

Per iniziativa del G. U. F. di Milano, si è costituito nello scorso maggio, sotto il patrocinio del Rettore, un « Gruppo studenti datori di sangue », diretto dal prof. Umberto Carpi. Esso è chiamato a svolgere una duplice attività: trasfusioni di sangue e prestazioni per esperimenti sul sangue. Alla fine del 1929 il gruppo contava al suo attivo dodici trasfusioni, di cui una a beneficio di Sandro Mussolini, nipote del Duce.

Chinino di Stato.

Il 23 dicembre si è compiuto il terzo decennio della promulgazione della legge sul chinino di Stato, la quale tanto ha contribuito a limitare la diffusione della malaria nel nostro Paese e fu imitata da vari altri Governi.

Com'è noto, essa venne ideata da Federico Garlanda e poi promossa da altri parlamentari, tra cui ebbe un parte fattiva Angelo Celli.

Per la fondazione di un Sanatorio universitario internazionale.

Il Consiglio Federale Svizzero ha approvato la sovvenzione di 500 mila franchi svizzeri (ossia 1.750.000 lire it.) in favore della fondazione di un sanatorio universitario internazionale a Leysin. Gli ideatori di questo sanatorio si propongono di dare agli studenti ammalati, la possibilità di curarsi senza interrompere completamente i loro studi. Infatti il Sanatorio avrà una biblioteca e dei laboratori, mentre dei professori universitari svizzeri terranno delle conferenze agli studenti. Il sanatorio conterrà 208 letti e costerà, secondo un preventivo, 5.200.000 franchi. La sovvenzione svizzera è stata accordata a condizione che gli Stati esteri contribuiscano alla loro volta a quest'opera. Nel messaggio che il Consiglio Federale indirizza alla Camera, a tale proposito si rileva che spesso negli ammalati di tubercolosi, il morale determina la guarigione e che specialmente per i lavoratori intellettuali, l'unico modo di tenerne alto il morale è quello di sottrarli all'inattività e di creare loro un'atmosfera adatta.

A Leysin funziona già ottimamente un sanatorio universitario svizzero. È perciò che si è costituito in quel luogo un Comitato d'azione formato da personalità svizzere e straniere per estendere anche agli studenti di altri Paesi che ne abbiano bisogno, la possibilità di godere di uguale beneficio.

Assicurazione-malattie presso l'Istituto di previdenza dei giornalisti.

Il Consiglio generale dell'Istituto nazionale di previdenza dei giornalisti italiani, adunatosi sotto la presidenza del dott. Arnaldo Mussolini, ha deliberato di attuare l'assicurazione contro le malattie, che, insieme all'assicurazione sulla vita ed

a quella sugli infortuni, rende completo il sistema di previdenza stabilito dall'Istituto. La nuova forma d'assicurazione ha avuto principio dal 1° gennaio. Il Consiglio ha deliberato che l'assicurazione malattie venga estesa a tutti i soci delle cessate Casse P.e, i cui patrimoni furono fusi nel patrimonio dell'Istituto.

Associazione della Stampa Medica belga.

Ha tenuto la sua adunanza statutaria. Alla presidenza pel 1931 è stato chiamato il dott. Voncken, redattore-capo degli « Archives Médicales Belges ». Sono stati ammessi tre nuovi periodici, il che porta a 28 il numero dei periodici belgi associati. Sono stati eletti 7 membri corrispondenti stranieri ed uno nazionale.

Associazione della Stampa Medica francese.

I rappresentanti si sono adunati a banchetto il 17 dicembre, sotto la presidenza del dott. F. Le Sourd, presidente onorario.

Il segretario generale dell'Associazione, dott. Victor Gardette, è stato nominato presidente della Società francese d'idrologia.

Igienisti stranieri a Roma.

Sono stati di passaggio a Roma alcuni medici delle Isole Filippine e di Sciangai, i quali fra l'altro si sono interessati dei sistemi in uso a Roma per l'organizzazione della nettezza urbana, del sistema di fognatura e della distribuzione dell'acqua.

Un medico argentino all'Istituto per rachitici di Milano.

L'Istituto per rachitici di Milano, diretto dal prof. Galeazzi, ha offerto alla Facoltà di medicina dell'Università di Buenos Aires una borsa biennale di studio da accordarsi per concorso a un medico argentino, che potrà perfezionarsi presso l'Istituto stesso. La prima borsa è stata assegnata al dott. Pedro H. Garavano, scelto da un'apposita commissione di cui faceva parte anche il prof. Marotta, benemerito presidente dell'Istituto argentino di cultura italiana, che, con gesto simpatico e generoso, ha voluto assumersi l'onere del viaggio del vincitore del concorso. Il dott. Garavano ha ricevuto dal municipio di Buenos Aires l'incarico di studiare i servizi pubblici ortopedici.

L'iniziativa, dovuta all'Istituto Galeazzi e all'Istituto argentino di cultura italica, costituisce senza dubbio un nuovo interessante anello alla catena che si va formando per ravvicinare gli studiosi italiani e argentini e per rendere sempre più stretti i contatti fra gli ambienti scientifici delle due Nazioni.

Il prof. Pende nell'America latina.

Il clinico di Genova, invitato dal Governo dell'Uruguay a rappresentare l'Italia in seno al Congresso Medico per le feste centenarie dell'indipendenza uruguayana, ha saputo compiere un'opera validissima di affermazione culturale.

Alla Facoltà Medica di Montevideo il Pende ha tenuto tre conferenze, sull'indirizzo costituzionalistico della medicina, nonchè varie dissertazioni estemporanee su casi clinici. Al Congresso ha presentato due comunicazioni, sulla semeiologia della tonicità cardiaca e sulla ipertensione venosa essenziale.

Ufficialmente invitato, poi, dalla Facoltà Medica di Buenos Aires, egli vi ha svolto un Corso speciale di perfezionamento per i medici argentini, sulla patologia dello sviluppo e della costituzione. Inoltre ha tenuto a Buenos Aires quattro interessanti conferenze, nell'Accademia Nazionale di Medicina e nelle tre Cliniche mediche, dirette da Bonorino Udaondo, Castex ed Escudero, trattando temi nuovissimi e recandovi contributi personali: le forme pluriglandolari del diabete, il simpaticotonismo senile, la terapia patogenetica delle varie forme d'insufficienza cardiaca e la forma più silenziosa della tubercolosi polmonare. Il successo è attestato dal fatto che il corso venne frequentato anche dai clinici di reputazione internazionale: Castex, Bonorino U., Marotta.

V'è ancora di più: col pieno consenso del nuovo Governo della Repubblica, venne decisa la fondazione a Buenos Aires di un Istituto Argentino di biotipiologia umana ed ortogenesi, secondo i concetti e il metodo del Pende.

Il prof. Putti nell'America latina.

Un rapporto dell'ambasciatore d'Italia a Buenos Aires al Ministero degli affari esteri dà notizia dell'opera altamente italiana svolta dal prof. Vittorio Putti durante il suo ciclo di conferenze in America. Nell'esprimere la sua profonda riconoscenza per il bene che la sua visita ha fatto in Argentina, l'ambasciatore informa che gli allievi argentini del prof. Putti hanno inaugurato, sotto il patronato di eminenti professori della Facoltà medica, una clinica ortopedica modello, il cui arredamento scientifico è stato diretto dal Putti. Le conferenze, tenute nell'aula magna della Facoltà, davanti a un pubblico straordinariamente affollato, hanno assunto una segnalata importanza scientifica, di cui la collettività italiana è andata giustamente orgogliosa.

Il sen. Baldo Rossi festeggiato.

Il Corpo Accademico dell'Università di Milano ha offerto un banchetto al Rettore uscente, prof. sen. Baldo Rossi, per testimoniargli il pieno consenso nella sua opera durante i quattro anni di rettorato, che egli assunse in un momento critico della vita dell'Università, e per salutare il prof. Livini che è stato chiamato a succedergli. Il banchetto ha avuto luogo nei locali del Circolo Accademico del Littorio. Parlarono il prof. Cattaneo, il neo-rettore prof. Livini, che ha offerto al sen. Rossi — a nome di tutti i colleghi — un'artistica e grande medaglia d'oro, ed il prof. Zingarelli. Il sen. Rossi rispose rivolgendo un commosso pensiero alla memoria del fondatore dell'Università, sen. Luigi Mangiagalli, e assicurando che questi aveva fatto opera talmente grande e geniale che egli, nell'assumere il rettorato, si è domandato se sarebbe stato all'altezza del compito, tanto più che l'Università stava attraversando allora un momento particolarmente grave. Il sen. Rossi si disse convinto di poter arguire dal consenso avuto dai colleghi nell'affettuosa fraterna adunata che egli ha assolto il compito, rendendo saldo l'Ateneo che ormai nessuno può far deviare dalla via ascensionale per la quale si è posto. Ringraziò gli oratori per le loro cordiali amichevoli parole e rivolse parole d'augurio al prof. Livini.

Onoranze al sen. Gabbi.

All'Università di Parma si sono svolte il 7 dic. le onoranze al sen. prof. Umberto Gabbi, direttore della Clinica medica, pel compimento del suo settantesimo anno di età. Vi hanno partecipato l'on. Paolucci, il prefetto di Parma gr. uff. Rebua, il segretario federale dott. Pizzi, il prefetto di Mantova comm. Pugliese, i rappresentanti delle Università di Padova, Bologna, Messina, molte autorità locali, allievi e colleghi del festeggiato. Numerose le adesioni.

Tenne un discorso il venerando sen. Maragliano.

Furono offerti al prof. Gabbi un volume contenente scritti medici, consegnato dal rettore prof. Preti; due pergamene, di cui una consegnata dal col. medico Dinola, per l'Aeronautica, l'altra dai proff. Giugni e Piccinini di Milano; una medaglia d'oro e le insegne della commenda dell'Ordine coloniale, recentemente conferita al prof. Gabbi.

Commemorazione del prof. Parrozzani.

Si è tenuta a Tivoli una solenne commemorazione di Antonio Parrozzani. La cerimonia si è svolta nei locali del Convitto Nazionale; vi parteciparono il podestà di Tivoli dott. Brigante Colonna, il presidente del Consiglio d'Amministrazione dell'Ospedale Civile di Tivoli gen. Leonelli, il direttore del Policlinico Umberto I di Roma prof. Galli ed altre personalità, tra cui molti sanitari.

Tenne l'orazione ufficiale il prof. Alessandri, direttore della Clinica chirurgica di Roma, il quale, dopo aver deplorato il tragico destino dei medici caduti vittime di malati malvagi o incoscienti — Delpech, Bondi, Pozzi, Bossi, Parrozzani e tanti altri — rievocò la nobile figura dello scomparso. Ne tracciò la carriera, trascorsa negli Ospedali di Roma e nell'Ospedale di Tivoli. Ne illustrò i contributi alla chirurgia, tra cui importantissima la sutura del ventricolo sinistro del cuore; a tale riguardo l'oratore ricordò i particolari impressionanti dell'intervento, che fu anche il primo ad esito fausto nella storia della chirurgia. Il prof. C. Micheli aggiunse poche parole sull'attività esplicata dallo scomparso per l'assistenza alla maternità e all'infanzia. La riunione si sciolse tra la commozione dei presenti.

Medico che dà il suo sangue.

Il prof. Aurelio Stoppoloni, aiuto chirurgo nell'ospedale di S. Giacomo in Roma, ha dato il sangue per un'ammalata da lui già operata di peritonite e nella quale era sopravvenuta un'enterorragia.

Medico aggredito.

Il dott. Luigi Franco, medico condotto dell'Agro Romano (stazione sanitaria di Tor Sapienza), mentre rincasava in automobile, venne aggredito da tre malviventi, a colpi di sasso, uno dei quali lo colpiva al viso, causandogli gravi ferite, con perdita della facoltà visiva dell'occhio sinistro. I delinquenti sono stati arrestati.

Errore fatale in un pedocomio.

Nel Pedocomio di Medellin (Repubblica di Colombia) un giovane infermiere somministrò per inavvertenza ad un gruppo di bambini della tossina difterica, invece di mescolanza tossina-antitossina (a quanto pare). L'errore è costato la vita a 16 bambini ed ha messo a repentaglio quella di altri 33. È occorso l'intervento della Polizia per sedare una tumultuosa dimostrazione contro il personale. L'infermiere è stato colto da alienazione mentale e si dovette ricoverarlo nell'Astanteria.

Ecatombe da disinfestione cianidrica.

In un ricovero distrettuale di vecchi della Boemia settentrionale, a Villa Jitschin, era stata attuata la disinfestione cianidrica; i ricoverati furono riammessi dopo tre giorni nelle sale disinfestate. Tutti i 40 ricoverati in una sala sono rimasti avvelenati dalle esalazioni del gas e di essi 7 furono trovati morti al mattino; alcuni altri morti sono nell'ospedale.

Un cliente longanime.

« L'Esprit Médical » di novembre dà notizia di un giovane czecoslovacco, di carattere ultra-paziente, che nel gabinetto di un medico parigino attese dalle 11 alle 18 un consulto che tardava a venire. Quando si decise a manifestare la sua presenza, la cameriera, che lo aveva totalmente dimenticato, si spaventò e corse a chiamare la polizia. Al posto di polizia l'incidente fu chiarito. Si domanda: il cliente ebbe il suo consulto?

Per gli ospedali di Lione.

Il sig. M.-A. Perrot ha lasciato morendo 1.600.000 franchi agli ospizi di Lione: il reddito sarà destinato a migliorare i servizi ospedalieri.

Si è spento il dott. ALFREDO ROSICA, libero docente in oftalmoiatria presso l'Università di Roma, apprezzato professionista; esercitava largamente la specialità nelle Marche e negli Abruzzi.

Collana del "Valsalva".

Risulterà di una serie di lavori monografici, anche su argomenti circoscritti, riguardanti l'Anatomia macroscopica e microscopica, la Fisiologia, la Patologia e la Clinica, la Profilassi e la Terapia nel campo della moderna oto-rino-laringologia, compresa la Fonetica Biologica e la Storia della Specialità.

Di imminente pubblicazione: « Il *De aure humana Tractatus* di A. M. Valsalva », traduzione del prof. MANGANO, proemio del prof. G. BILANCIONI.

Seguiranno entro l'anno: GUSTAVO SANVENERO-ROSSELLI: *La chirurgia plastica nel campo oto-rino-laringoiatrico.* — G. BILANCIONI: *Prime linee di una patologia dello sviluppo nel campo della otorino-laringologia.* — FEDERICO BRUNETTI: *Sulla fine struttura dell'anello di Waldeyer.* — G. G. CARRARI: *Istologia della pituitaria.*

Altre monografie saranno dettate dai professori Torrigiani, Pallestrini, Ferreri, ecc.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Revue Neurol., ag. — G. Marinesco e al. Oftalmo-encefalo-mielite.

Zbl. f. Chir., 13 sett. — A. Dietrich. Trombopatia. — J. Bilschai. Pielografia normale e patologica.

Wien. Klin. Woch., 11 sett. — Kutschera-Aichbergen. Spirometria dei tubercolotici.

Journ. A. M. A., 30 ag. — W. J. Mayo. Contributi di medici alla chirurgia. — K. M. Lynch e W. A. Smith. Asbestiosi.

Lancet, 13 sett. — W. R. F. Collis. Trattam. dell'asma.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., sett. — B. J. Alpers. Parkinsonismo post-encefalitico con psicosi. — J. Notkin. Stati convulsivi negli psicopatici.

Surg., Gyn. a. Obst., sett. — F. H. Albee. Principî e trattamento della non unione delle fratture. — C. S. White. Anestesia avertinica. — V. Pauchet e G. Fuquet. Trattam. dell'ulcera del terzo super. dello stomaco. — K. Friedbacher. La resez. gastrica alla Billroth.

Amer. Med., ag. — H. I. Millestone. Fibrolizzazione delle emorroidi. — H. I. Goldstein. Progressi della terapia.

Med. Klinik, 12 sett. — F. Rosenthal. Debolezza cardiaca come problema di ricambio. — M. Reichardt. Sequele nervose d'infortuni.

Arch. Mal. du Coeur, sett. — C. Laubry e al. Polso anocroto.

Presse Méd., 13 sett. R. Goiffon. Equilibrio acido-base nell'analisi dell'urina. — P. Lebeuf e H. Mollard Complicazioni mucose e cutanee da sali d'oro.

Pathologica, 15 sett. — L. Mancarelli. Gomma della ipofisi. — G. Mazzacuva. Orchiepididimite cronica stafilococcica a tipo pseudoneoplastico.

Minerva Med., 15 sett. — G. Melli, A. Lorenzi. Le lipasi del siero nello studio delle lesioni pancreatiche.

Rev. de Chir., apr.-giu. — P. Sainy. Trattam. delle pancreatiti cron. con ittero. — R. Massart. Tbc. della spalla e artrodesi.

Rev. Belge d. Sc. Méd., lug.-ag. — P. Regniers. Il seno carotideo in clinica.

Folia gynaecol., 4. — A. Migliavacca. Adenomiomi dell'utero. — M. Cetroni. Angiomi dell'utero.

Riv. San. Sicil., 15 sett. — E. Castronovo. Principî generali di radioterapia dei blastomi maligni.

Morgagni, 14 sett. — E. Reale. Linfogranuloma inguinale.

Presse Méd., 17 sett. — A. Clerc e R. Levy. Anomalie elettrocardiografiche nelle mal. infett. acute.

Journal A. M. A., 6 sett. G. W. Hall. Segni neurologici e loro scopritori.

Nederl. Tijdsch. v. Geneesk., 20 sett. — H. B. Goettsch Roentgenterapia dell'actinomicosi.

Med. Welt., 20 sett. — R. Zimmermann. Posizione dell'utero nel sistema endocrino. — S. Loewe. L'ormone sessuale masch.

Deut. Med. Woch., 19 sett. — Neufeld. Immunizzazione con B. C. G. — Shapiro. Preipofisi e genit. masch. ipoplasici.

Amer. Journ. Med. Sc., sett. — W. C. Castle e al. Rapporti tra achilia gastr. e anemia pernic. — W. L. Niles e J. Wyckoff. Terapia digitalica nella polm — P. K. Gilman e W. E. Kay. Adenomi tiroidei sconosciuti. — J. M. Berkman. Anoressia.

Journ. d. Prat., 20 sett. — A.-B. Marfan. I regimi senza latte nei lattanti.

Presse Méd., 20 sett. — C. Achard e M. Hamburger. Terapia epatica per via parenterale nelle anemie gravi. — J. Mauraud. Vaccinaz. preoperatoria in chirurgia gastrica.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. Ascoli, Red. resp.

ANNO XXXVIII Roma, 12 Gennaio 1931 - IX Num. 2

IL POLICLINICO

(continua a pagina seguente)

e coll'aggiunta di sole . . . . **Lire 8**

ricevere, a loro scelta, UNO dei nove volumi indicati qui sotto alle lettere *j), k), l), m), n), o), p), q), r)*:

j) **LA DIAGNOSI MEDICO-LEGALE DELLA NEVROSI DEI TRAUMATIZZATI. Il rilievo e il significato dei sintomi.** (Prof. A. CIAMPOLINI). Prefazione del Prof. CESARE BIONDI	» » » 12.—
k) **L'IMPORTANZA DELLE PARATIROIDI SECONDO LE ODIERNE VEDUTE.** (Dott. VITTORIO GHIRON)	prezzo di copertina L. 14.—
l) **LA BISMUTERAPIA DELLA SIFILIDE.** (Dott. F. TRAVAGLI)	» » » 12.—
m) **L'ASMA BRONCHIALE NEI MODERNI CONCETTI.** (Prof. P. STANGANELLI)	» » » 12.—
n) **CONCETTO E DIAGNOSTICA DELLA TISI INIZIALE.** (Prof. A. CAPOGROSSI)	» » » 10.—
o) **LE COLONIE SANITARIE MARINE MILITARI. Nozioni di terapia marina, solare e di educazione fisica.** (Dott. F. BOCCHETTI). Prefazione del Prof. A. SCLAVO	» » » 12.—
p) **TUBERCOLOSI ED ESERCITO.** (Dott F. BOCCHETTI). Prefazione del Prof. Sen. G. SANARELLI	» » » 10.—
q) **TUBERCOLOSI E SANATORI. Trattamento igienico-dietetico.** (Prof. G. MENDES). Prefazione del Prof. Sen. A. LUSTIG	» » » 10.—
r) **LA LEGISLAZIONE SANITARIA IN RAPPORTO ALL'ESERCIZIO PROFESSIONALE.** (Dott. ALBERTO VIGO: *doctor Justitia*)	» » » 16.—

e coll'aggiunta di sole . . . . **Lire 6**

ricevere UNO dei quattro volumi indicati qui sotto alle lettere *s), t), u), v)*:

s) **LA GROSSA MILZA MALARICA E LE SUE COMPLICAZIONI.** *Studio clinico-operativo.* (Prof. O. CIGNOZZI)	prezzo di copertina L. 12.50
t) **LA MODERNA LOTTA CONTRO LE MALATTIE SESSUALI.** (Dott. F. TRAVAGLI) . .	» » » 10.—
u) **TEORIA DELLE VITAMINE E SUE APPLICAZIONI.** *Saggio di vitaminologia.* (Dott. G. LORENZINI). Prefazione di CHARLES RICHET	» » » 10.—
v) **DEI MEDICI FUTURI.** (AUGUSTO MURRI)	» » » 8.—

e coll'aggiunta di sole . . . . . . **Lire 3**

ricevere: UNO dei due volumi indicati qui sotto alle lettere *x), y)*:

x) **LA BLENORRAGIA E LE SUE DANNOSE CONSEGUENZE PER L'INDIVIDUO, LA FAMIGLIA E LA SOCIETÀ.** (Prof. L. MORINI)	prezzo di copertina L. 5.50
y) **L'INTOSSICAZIONE GRAVIDICA NELLA SUA GENESI E NELLE SUE FORME CLINICHE.** *Lezioni* (Prof E ALFIERI)	» » » 8.—

N.B. ☛ *È consentito però di richiedere anche* **tutte** *le predette Monografie. Chi le desidera ne accresce il* **rispettivo** *ammontare in ragione di Lire 20, di Lire 10, di Lire 8, di Lire 6 o di Lire 3 ciascuna.*

☛ *Intestare i Vaglia Postali al nome dell'editore LUIGI POZZI. ROMA. Ufficio Succursale diciotto, ROMA.*

☛ *Eccezionalmente per il solo mese di Gennaio 1931.*

Con l'aggiunta, all'importo di abbonamento, di sole L. 16 si potrà ricevere:

1°) **NUOVE VEDUTE SULLE INFEZIONI DELL'APPARATO DIGERENTE.** (Prof. Sen. GIUSEPPE SANARELLI)	prezzo di copertina L. **25**

e, con l'aggiunta di sole L. 30, si potrà ricevere, **a scelta, uno** dei seguenti:

2°) **I CIRCOLI VIZIOSI IN PATOLOGIA** (I. B. HURRY) traduzione del dott. G. DRAGOTTI dalla 3ª edizione inglese	prezzo di copertina L. **45**
3°) **GLI STUDI DI CAMILLO GOLGI SULLA MALARIA.** (Raccolti e pubblicati dal Prof. ALDO PERRONCITO)	» » » **45**
4°) **LA TERAPIA SPECIALE DELLE FEBBRI PERNICIOSE.** (Traduzione dalla edizione latina, a cura del dott. GIULIO LEGA)	» » » **40**

Per ottenere quanto sopra inviare Vaglia all'editore LUIGI POZZI, Ufficio Postale Succursale diciotto - ROMA

Pubblicazione di eccezionale interesse a disposizione degli abbonati:

LA TUBERCOLOSI

LEZIONI CLINICHE E CONFERENZE DEL I° CORSO DI TISIOLOGIA

tenute sotto gli auspici della Direzione Generale di Sanità Militare nel Sanatorio Militare di Anzio.
Raccolte e coordinate dal Cap. Med. F. BOCCHETTI — Prefazione del Prof. Sen. E. MARAGLIANO.

Affinchè i lettori possano farsi un criterio dell'importanza di questa opera, riportiamo l'intero indice del Testo.

Prof. R. ALESSANDRI. — **La tubercolosi urogenitale.** Pagg. 174 a 179.

SOMMARIO: Le varie tappe del processo — La localizzazione avviene per via ematica — Scarsa importanza del trauma — La localizzazione è sempre secondaria — Rarità della guarigione spontanea — La sintomatologia — Il reperto bacillare — L'inoculazione negli animali — La cistoscopia — Prova della tubercolina e sintomi di focolaio — La prognosi — L'intervento chirurgico e suoi risultati.

Prof. E. MORELLI. - **La fisiopatologia del pneumotorace artificiale.** *Lezione.* Pagg. 180 a 190.

SOMMARIO: La concezione teorica del pneumotorace — L'elasticità polmonare — L'importanza del fattore meccanico nella trasformazione di un polmone tisico in polmone tubercoloso — Ricostruzione artificiale del polmone e della cavità toracica — Modificabilità della pressione negativa dovuta alla rapidità e potenza della ispirazione e alla dilatabilità polmonare — Valore delle aderenze pleuriche — Quando bisogna intervenire col pneumotorace artificiale nella tubercolosi polmonare — Altre applicazioni del pneumotorace artificiale. — La poca attendibilità delle statistiche pubblicate sui risultati del pneumotorace artificiale — Le esagerazioni ed i fanatismi danneggiano le costruzioni terapeutiche anche più geniali.

Prof. E. MORELLI. — **Istrumentario per l'attuazione del pneumotorace e per la cura delle sue complicazioni.** *Lezione.* Pagg. 191 a 206.

SOMMARIO: La grande importanza della tecnica — Le aderenze pleuriche e loro distacco (Metodo Jacobaeus) — La pleuropneumolisi — Metodo Leotta, Sauerbruch, Brauer — La frenicectomia — L'apparecchio Morelli — Esso elimina qualsiasi pericolo — Complicazioni del pneumotorace — Versamento pleurico e metodo curativo — Empiema pleurico e metodo curativo — Descrizione degli apparecchi.

Prof. S. RICCI. — **La cura chirurgica della tubercolosi polmonare.** Pagg. 207 a 214.

SOMMARIO: I primi tentativi — Collassoterapia intrapleurica — La frenicoexeresi — La toracoplastica — Il metodo Sauerbruch.

Prof. R. CIAURI. — **La terapia medica della tubercolosi.** Pagg. 215 a 229.

SOMMARIO: Le persistenti incognite nel problema etiopatogenetico della tubercolosi — Il compito del medico di fronte al tubercoloso — Terapia etiologica diretta — Immunoterapia attiva e passiva mista, collaterale — La chemioterapia — Immunoterapia aspecifica — Terapia etiologica indiretta — Regione dietetico — Arsenicoterapia, cura remineralizzante, lipoido-terapia — La terapia sintomatica (febbre, sudori, anoressia, diarrea, stitichezza, disordini cardiaci, l'insonnia, i dolori, la tosse, l'espettorazione, la dispnea, l'emottisi) — « Vis medicatrix naturae ».

Prof. F. BOCCHETTI. — **La climatoterapia nella tubercolosi polmonare.** Pagg. 230 a 237.

SOMMARIO: La grande importanza del clima nella cura della tubercolosi polmonare — La mancanza della base scientifica della climatologia — Per la tubercolosi polmonare non esiste un clima specifico — Il clima di altitudine e suoi fattori — Le caratteristiche di un sanatorio di altitudine — Clima di pianura — Il clima marino e suoi fattori — Indicazione e controindicazioni dei vari climi — Clima marino e tubercolosi polmonare — Otto anni di esperienza al Sanatorio Militare Marino di Anzio — Conclusioni.

Prof. F. BOCCHETTI. — **L'elioterapia nella tubercolosi e nella tubercolosi polmonare.** Pagg. 238 a 248.

SOMMARIO: Nozioni generali sull'elioterapia — Le basi scientifiche dell'elioterapia — La tecnica della cura solare — Elioterapia e clima — Inconvenienti della cura solare — L'elioterapia nelle forme tubercolari chirurgiche — L'elioterapia nelle forme tubercolari polmonari — Risultati obbiettivi — Conclusioni.

Prof. D. DE CARLI. — **La tubercolosi delle prime vie aeree.** Pagg. 249 a 257.

SOMMARIO: Le forme cliniche della tubercolosi laringea — L'assistenza ai tubercolotici laringei — La terapia fisica nelle forme laringee — La chemioterapia ed altri mezzi terapeutici — L'assistenza igienico-sociale.

Prof. R. CIAURI. — **La medicina legale nella tubercolosi.** Pagg. 258 a 270.

SOMMARIO: Considerazioni generali d'indole giuridica — Infortunio — Malattia professionale — La figura giuridica della tubercolosi — Trauma localizzatore di Meyenburg — Trauma mobilizzatore di Meyenburg — Rapporto tra trauma e tubercolosi — Il concetto di concausa — La tubercolosi di guerra è considerata come una configurazione mista dell'infortunio e della malattia professionale — La tubercolosi dell'arruolamento — La tubercolosi militare — Il reperto di accertamento diagnostico ed il suo arduo compito — Il sospetto di tubercolosi — La pretestazione — L'esagerazione — La dissimulazione — La simulazione — La valutazione della capacità al lavoro — La questione dal suo punto di vista etico — Conclusione.

Prof. F. BOCCHETTI. — **I fattori morbilizzanti della tubercolosi nell'ambiente militare** (in due conferenze). Pagg. 271 a 293.

I Conferenza. — SOMMARIO: La tubercolosi è una malattia sociale — La tubercolosi nell'Esercito — Le opinioni degli igienisti civili e militari: Grancher, Kelsch — Le opinioni degli altri epidemiologisti militari francesi e tedeschi — Gli epidemiologisti italiani — La teoria di Sanarelli — Le tre tesi: Grancher, Kelsch, Sanarelli — L'incertezza sulla patogenesi della tubercolosi — La etiologia della tubercolosi nei neonati, nell'infanzia.

II Conferenza. — SOMMARIO: La etiologia della tubercolosi nell'adulto — L'argomento trattato alla V Conferenza internazionale contro la tubercolosi a Washington — La tubercolosi nei soldati — Le cause che facilitano le riaccensioni dei processi tubercolari — I fattori morbilizzanti della tubercolosi nell'ambiente militare e i moderni studi di tisiologia.

Prof. F. BOCCHETTI. — **Tubercolosi e reclutamento.** Pagg. 294 a 307.

SOMMARIO: Il difficile compito dei medici militari — I guariti pleuritici e i deboli di costituzione fisica — L'elenco delle infermità — Articolo 77 — La diagnosi della tubercolosi latente nelle sue diverse modalità anatomo-cliniche — La tubercolosi latente, silenziosa, iniziale — La tubercolosi polmonare evolutiva senza bacilli nell'espettorato — Gli aiuti che ci possono dare la radiologia e la sierologia — Nonostante tutte le più rigorose precauzioni avremo sempre dei casi di tubercolosi nell'Esercito — La responsabilità dell'Amministrazione militare — L'istituzione dei sanatori propri.

Prof. F. BOCCHETTI. — **Il Sanatorio moderno.** Pagg. 308 a 319.

SOMMARIO: Il primo còmpito: riaccendere la fede nella guarigione — L'ubicazione, il clima — Il tipo di costruzione: Sanatorio e Tubercolosario — Il Direttore, gli assistenti, il personale di fatica — La terapia clinico-biologica — La dietetica — Ma non ho soltanto i polmoni — L'assistenza morale, la terapia del lavoro — Ma ne guariscono veramente? — Quanto deve durare la cura — Il Sanatorio e la lotta contro la tubercolosi.

Prof. E. MARAGLIANO. — **La profilassi delle malattie tubercolari.** Pagg. 320 a 332.

SOMMARIO: La vaccinazione antitubercolare — Studi italiani sulla immunità — Bacilli vivi e bacilli morti — Esperimenti di vaccinazione in Italia — L'immunizzazione preventiva — Metodo Calmette — All'Italia spetta il merito della vaccinazione preventiva.

Prof. G. MEMMO. — **Conferenza di chiusura al corso.** Pagg. 333 a 344.

SOMMARIO: L'incessante progresso della scienza — Commento critico sui vari argomenti trattati nel corso — La diagnosi di tubercolosi incipiente — L'importanza delle indagini di laboratorio — La valutazione medico-legale della tubercolosi nell'Esercito.

Volume di pagine XVI-344, nitidamente stampato, con impressa, sulla copertina, la fotografa di S. E. BENITO MUSSOLINI fra i ricoverati del Sanatorio Militare di Anzio.

Prezzo L. **50.** Per gli abbonati al « Policlinico » sole L. **50.**

Per ottenere quanto sopra inviare Vaglia all'editore LUIGI POZZI, Ufficio Postale Succursale diciotto, ROMA.

ANNO XXXVIII — Roma, 12 Gennaio 1931 - IX — Num 2.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

CONFERENZE.

Previsione del successo dell'opera dei medici e insegnanti nelle varie forme d'"instabilità" e "debolezza mentale" (1)

Prof. SANTE DE SANCTIS,
Direttore della Clinica Neuropsichiatrica
della R. Università di Roma.

Non vi aspetterete — lo spero — una trattazione sistematica.

L'unica cosa che posso promettervi fin dal principio della mia Relazione è questa: che vi parlerò di esperienza vissuta e che non ripeterò cose che io stesso abbia già scritto in libri, o memorie, o letto in altri autori. Aggiungo che il poco che dirò, lo dirò in piena buona fede e sincerità, al di là di ogni interesse di propaganda scientifica o professionale, tenendo fisso lo sguardo interiore soltanto verso il bene sociale.

(1) Relazione al II Congresso medico-pedagogico nazionale il 23-24 novembre 1930 organizzato dall'Associazione pro-infanzia anormale (P. I. A.) e dalla Lega Lombarda d'Igiene mentale. Questa relazione uscirà a suo tempo nel periodico di Milano, *Infanzia anormale*, al quale l'editore porge ringraziamenti.

In quanto però a dire cose interessanti o esaurienti è un altro paio di maniche. Intanto l'argomento che voi mi avete imposto di trattare è arduo, se non altro perchè tutti se ne dichiarano competenti. E poi c'è qualche considerazione preliminare: quando si tratta di previsioni, il darne qualcuna in relazione alle varie forme di frenastenia è già molto, ma in tema di caratteristiche mentali è la *variazione individuale* che conta. E allora la previsione è oscurata da tanti *se* e da tanti *ma* da renderla quasi quasi invisibile. Perciò un certo grado di errore resta aderente a qualsiasi previsione. Qui dovrei ricordare l'indirizzo individualistico sostenuto in psichiatria dalla Scuola napoletana e specie dal Bianchi.

E c'è anche un'altra considerazione pregiudiziale. I fanciulli difettivi, quando non lo sieno per malattie progressive, il che è fatto eccezionale, un certo miglioramento attraverso all'età lo raggiungono sempre, anche se il loro quoziente intellettuale resti immutato; perchè l'adattamento è proprietà biologica universale, comune alle piante, agli animali e all'uomo. Di modo che sarebbe ingenuità fondare la previsione ottimista su questo dato banale.

Per questi ed altri motivi il mio discorso non può essere che una direttiva pel pronostico delle varie forme di *deficit* mentale da le-

sioni cerebrali e umorali. Direttiva basata però, più che sulla cultura generale e sulla statistica altrui sulla mia personale esperienza, come ho già avvertito.

Ho dubitato se parlarvi da psicopedagogista ovvero da medico-psichiatra. Poi ho pensato che le divisioni contano per insegnare, non per le Relazioni ai Congressi e per le Conferenze. Anzi è gustoso aggirarsi sui margini delle varie discipline applicate.... Come dire aggirarsi sulle frontiere quali contrabbandieri di merci intellettuali non proibite.

I. — Noterò cosa che è nella mente di tutti Voi, quando dirò che parlare di previsioni e di avvenire senza una considerazione, sia pur fugace, del presente, cioè di tutto il sistema di cui si ha da prevedere lo svolgimento, sarebbe cosa insensata. Qui non siamo sul terreno dell'impressionismo o dell'intuizione. Siamo, e per conto mio ci sono e ci resto, su quello della tecnica medico-psicologica. E se è così, prima di prevedere resistenze o cadute, è indispensabile controllare i fondamenti dell'edifizio. Neuropatologia, medicina mentale e psicopedagogia concorrono a formare la premessa necessaria per una giusta previsione; premessa che non riguarda soltanto la conoscenza del caso (questa viene presunta), ma anche e piuttosto la valutazione dell'efficacia dei mezzi di lotta contro le deficienze, le deviazioni, le eccezionali resistenze. Quelle tre discipline applicate son capaci di darci infatti la chiave della previsione, in quanto sperimentano, l'una, le cure mediche generali, la seconda quelle medico-psicologiche, la terza le provvidenze educative.

Dal che deriva l'inverso, e cioè che se le risorse della neuropsichiatria e della psicopedagogia non sieno applicate ai casi singoli con la debita tecnica, è chiuso l'adito a una prevedibilità del successo. Le previsioni difatti si calcolano sia sulle leggi ineluttabili del destino morboso, sia sulle statistiche dei successi delle cure mediche e degli sforzi educativi, cioè dell'intervento umano, sia infine su dati tratti dall'iniziato lavorio medico-educativo nei singoli casi.

Accentuo questa proposizione: condizioni per prevedere giusto sono la completa conoscenza medico-neurologica e medico-psicologica dei casi singoli; e la iniziata applicazione di cure mediche e di mezzi educativi ai casi medesimi.

Insomma la consuetudine illuminata con gli anormali-psichici, voglio dire l'esperienza, è lo strumento più sicuro per conoscerli. Dunque medici e maestri, prima di cristallizzarsi in un ottimismo o in un pessimismo d'impressione, dovranno abituarsi a rispondere dopo qualche tempo di osservazione a queste due interrogazioni: 1) Il tale ragazzo che porta una tale etichetta diagnostica o una tale valutazione biopsicologica, migliora, resta uguale o regredisce? 2) e quest'altra: in casi simili a quello che ho sott'occhio riuscirono a bene le cure mediche e i mezzi educativi? Alla prima interrogazione l'insegnante risponde con la perspicacia e con la sua diuturna e originale esperienza didattica e pedagogica. Alla seconda l'insegnante e il medico rispondono con la loro personale cultura.

Nuovo argomento codesto per ribadire la necessità di collaborazione fra medici e insegnanti.

II. — Appunto per questo io rivolgo il mio discorso agli uni e agli altri, medici e insegnanti, quasi separatamente, per porre in maggiore evidenza i termini della loro collaborazione tecnica.

Mi rivolgo prima ai medici. Essi rappresentano la sinistra in fatto di previsioni, cioè la tendenza pessimistica. Il medico, appunto a causa della propria cultura neurologica, è portato più che altri al determinismo, cioè a considerare le cose dall'aspetto del fato ereditario e anche del fato patologico.

I casi più comuni di cerebropatia dell'età evolutiva non costituiscono pel medico una seria difficoltà diagnostica e prognostica. Tuttavia va subito rilevato che i nostri alunni ai quali si addicono diagnosi neurologiche sono essenzialmente casi *attenuati*, leggeri o *atipici* di questa o quella malattia. Ora il riconoscimento clinico e il prognostico dei casi atipici e attenuati esige competenza medica generale e neurologica, e annosa pratica; poichè non è vero che vi abbia proporzione sicura tra gravità del caso e probabilità di successo; non è sempre vero che gli esiti non gravi di una malattia cerebrale tendano a scomparire più facilmente. Il miglioramento si verifica più spesso per compensi o sostituzioni, che non per vera scomparsa dei sintomi. Avviene press'a poco come nel campo della ritentiva mnemonica, la quale durante il processo educativo non si accresce per aumentata plasticità cerebrale, ma soltanto per aumentata viabilità associativa.

L'instabilità ipertiroidica e ipergenitale, come pure quella epilettoide, non sono facili a riconoscersi, qualora non siano accertate rispettivamente, una facilità alla tachicardia, o una pubertà precoce, o qualche segno di epilessia accessuale, la presenza magari di un solo attacco nella anamnesi personale o nei membri della famiglia. Aspettiamo lumi maggiori dall'indagine chimica del sangue e dal perfezionamento della tecnica biologica. Frattanto l'incertezza diagnostica si rispecchia in quella della prognosi.

Neppure grandi difficoltà incontra il medico per riconoscere i casi classici di ipotiroidismo e di mongoloidismo. Però anche nel campo di queste malattie ci sono non solo i casi *tipici*, che del resto costituiscono la minoranza; ma ci sono i casi *atipici*, i *frusti*, i

dubbi, i *consimili*, gli *analoghi* rispetto al caso tipico o modello clinico. Qui cominciano le incertezze diagnostiche e quindi pronostiche. Per mia esperienza posso dire che in casi attenuati di queste malattie, il medico suole peccare di ottimismo. Ma ciò si verifica anche in altri campi. Un esempio: scoperta la cosidetta eredolue, il medico, specie se non specialista, ritiene di avere in mano la salute del ragazzo e rassicura i parenti. Ebbene, la mia esperienza è decisamente sfavorevole alla prognosi ottimista in casi di anormalità dell'intelligenza o del carattere, nei minorenni eredoluetici. Intanto, gli accertamenti eredoluetici non sono così ovvii, come molti argomentano. Facciamo le cure con fede, beninteso, ma i risultati sono meschini o temporanei o negativi in pieno. Non in questa sede io posso discutere a fondo questo argomento. Basti una parola a giustificazione della mia opinione: la sifilide ereditaria o prenatale nei casi che capitano nei nostri Ambulatori, Asili o Scuole è un dato meramente storico. La spirocheta devastò il cervello mercè processi di meningo-encefaliti o di gliosi; e i sintomi che ci è dato di afferrare sono per lo più puri esiti. 90 volte su 100 i casi dovuti a eredo- o genito-lue sono *cas finis*, come dicono i francesi. In questo momento ai medici che mi ascoltano ricorrono in mente forse parecchie obiezioni a base di casi fortunati. Anch'io ne ho avuti; ma non conta. Ciò non modifica le mie riserve pronostiche.

In compenso, dalla mia personale esperienza risulta quasi eccezionale il fatto della progressività del *deficit* nei casi di eredolue accertata nel liq. cerebrospinale. Raramente vidi il ripetersi della *poussée* encefalitica, forse anche perchè quasi sempre vi fu intervento curativo.

E passiamo oltre.

Ogni debolezza mentale *vera* è di natura neurologica primaria o secondaria. L'etiologia ha da ricercarsi nella maggioranza dei casi in processi encefalitici o meningo-encefalitici della prima infanzia o delle ultime settimane di vita intrauterina.

Le encefaliti secondarie a malattie infettive dell'infanzia, si rivelano con pochi tipi di sintomatologie, identici o molto affini nelle varie infezioni, a meno che non vi concorrano differenze dipendenti dall'età del paziente, e dalla fase di decorso della infezione al momento della comparsa dei sintomi meningei o encefalitici, epilettici e frenastenici; ma la gravità della forma, qualunque sia l'infezione che la provocò, varia molto nei singoli casi rispetto ai fini delle cure e del successo. Per es. a volte è più grave un caso d'ipertonia generalizzata che non uno di emiplegia spastica. Come tutti sanno, ci sono encefaliti confermate dalle paralisi motorie degli arti e da attacchi epilettici; ve ne sono di quelle che si fanno riconoscere ai *piccoli segni* sicuri, ma per lo più negletti; ve ne sono di quelle monosintomatiche quasi mai riconosciute o passibili di falsa attribuzione. In altra occasione notai già la balbuzie e certe ipertonie mono o bilaterali. Ma oggi potrei arricchire l'elenco. Orbene anche le sintomatologie non gravi a volte si mostrano molto resistenti. È naturale perciò che le passate encefaliti tossi-infettive alle quali dovrà riferirsi la debolezza mentale vera accompagnata da qualche netto sintomo motorio, esigano valutazioni speciali. La balbuzie e le ipertonie non retrocedono; mentre la balbuzie comune e quella di certi epilettici comportano prognosi migliore. I gravi difetti della loquela, i difetti sensoriali nei nostri alunni *deboli* suggeriscono, secondo me, cattiva prognosi, perchè essi corrispondono a lesione di ambedue gli emisferi; lesione che diede luogo appunto all'arresto di sviluppo della capacità intellettuale. È chiaro che le speranze in un compenso, in casi simili, sono molto scarse. Difatti ho cattiva esperienza per l'audimutismo, pel tartagliamento e per le dislesie da cecità verbale congenita sia pure incompleta. Invece, la prognosi di dislalie, e ipofasie postepilettiche è quasi sempre favorevole.

Ma il medico troverà difficoltà pronostiche anche nella massa degli epilettici o epilettoidi, se non terrà conto delle statistiche. La mia esperienza si riduce in questi termini: l'epilessia vera (non soltanto la classica spasmofilia) in prima infanzia cede sovente alle cure e anche spontaneamente, come se fosse l'ultima fase di un processo che va a spegnersi, ovvero l'esponente di un oscuro processo infettivo che tenda all'estinzione o almeno al temporaneo esaurimento; ma è facile la ripresa degli attacchi in fanciullezza, specialmente in preadolescenza. E se è così, la prognosi diviene riservata; in quanto che all'iniziale *deficit*, parallelo al processo cerebrale che diede le convulsioni, verrà ad unirsi il *deficit* dovuto al ripetersi dei ricomparsi attacchi. Allora si cade nella diagnosi: frenastenia-epilessia + demenza epilettica; forma la quale ingannò molti facendo credere alla possibilità di una *frenastenia progressiva*. Sia detto fra parentesi: la fren. progressiva non esiste, salvo per certe forme eredofamiliari; la progressività indica essenzialmente « demenza ». Così vediamo nella demenza precocissima, nell'epilettica e nei casi di « demenza infantile ». È inteso che non si può parlare di demenza se prima della comparsa della malattia che la determina, non era avanzata l'evoluzione del cervello e della personalità; evoluzione avanzata che stabilii, potersi fissare all'ingrosso verso il 5° anno, a parte le variazioni individuali.

La neuropatologia infantile ha tutt'ora delle oscurità, sopratutto nella costellazione delle idiozie amaurotiche e forme affini, fruste e consimili; nonchè in quella delle malattie eredofamiliari; ma queste malattie sono rare e, comunque, non capitano nelle nostre Scuole.

Invece sono fonte d'incertezza le sindromi motorie extrapiramidali che ora soltanto cominciano ad esplorarsi con qualche metodo.

Da anni io sostengo, in base ad esperienza clinica, specialmente sintomatologica, che una buona parte anche dei *deboli veri*, aparetici sono prodotti di encefalite a localizz. corticale estesa ai lobi temporali e frontali al davanti dell'area motrice di ambo gli emisferi; che una discreta quantità d'instabili e deboli-instabili, lo sono per encefaliti diffuse anche sulla corteccia, ma specialmente a carico dei gangli della base, cioè come mi esprimevo per *sindromi striate*. E infine una buona parte d'instabili-puri con gravi o anche leggeri disturbi di tono muscolare lo sono di encefaliti a localizzazione quasi esclusivamente basilare del virus; come se fossero sindromi attenuatissime coreo-atetosiche o di rigidità pallido-rubrica. Osservate con finezza gl'instabili e i deboli-instabili e scoprirete molto spesso sintomi attenuati come questi: tremori, distonie, atassie, lievi movimenti atetoidi, atteggiamenti catalettoidi provocati, ticchi, crisi di tipo epilettoide, disturbi spastici della loquela.

Ora a me pare che i casi a localizzazione cortico-basilare o anche a localizzazione prevalentemente basilare abbiano prognosi alquanto riservata. Quando la prognosi è fausta, lo è soltanto perchè s'intravvede che la sindrome di tipo basilare sia provocata piuttosto da lesioni della corteccia, per le quali questa non controlla più i gangli basali (come bene osservò il Lehrmitte). Nei casi più sfavorevoli la prognosi si adegua a quella che comportano i fanciulli e i ragazzi affetti da encefalite epidemica cronica.

Permettete, Colleghi neurologi, che insista su ciò che ho osservato in fatto di affezioni extrapiramidali, o meglio di frenastenie o debolezze e instabilità accompagnate a sindromi extrapiramidali, o sorte su una cerebropatia a lesioni combinate cortico-basilari.

La progressività delle sindromi basilari che si accompagnano a frenastenia ed epilessia, fu notata dai neurologi per es. da O. Foerster nel 1921; ma io non la vidi mai. Però la ostinazione dei sintomi non mancò mai nei casi di mia osservazione. In teoria si oppone che anche i ragazzi con fatti coreici cronici, atetosici, distonici diversi, son capaci di apprendimento alla scuola. Certo; dirò di più: in seguito a sforzi educativi possono anche ottenersi risultati abbastanza brillanti. Conosco un caso di grandissimo miglioramento di un soggetto deficitario con sindrome cerebellare. Ma una miglioria sicura e persistente del *deficit* in massima non si ottiene, a causa forse dell'ostacolo al saldamento fra sistema rappresentativo-corticale e apparecchio affettivo-volitivo basilare; il che provoca una *dissociazione ideo-affettiva*. Forse anche perchè le alterazioni « multiple » del sistema estrapiramidale (come dice D'Antona per l'encefalite epidemica) ostacolano l'esteriorizzazione motoria reattiva ed espressiva, di modo che se anche i miglioramenti ci sono son di difficile valutazione. Molto migliori sono i risultati della rieducazione nelle paralisi infantili esclusivamente piramidali.

Molto più cospicui e durevoli in questi casi i compensi, perchè suppongo che il miglioramento del carattere a mezzo dell'educazione metta in maggior valore la capacità di apprendere.

Comunque sia, bisogna ripetere che c'incontriamo con grande frequenza in casi nei quali l'insufficienza mentale è inserita su una cerebropatia combinata piramidale e estrapiramidale, a un tempo; è questo un caso comune che finora era stato poco considerato. In tali casi, medici e insegnanti sogliono soprapprezzare il *deficit*, a causa delle alterazioni, anche gravi, della loquela, che questi pazienti ci presentano. Gli esami ripetuti dimostrano invece che per lo più l'insufficienza è parziale, direi quasi *sui generis*, e che l'intelligenza generale si trova a un discreto livello. Da questo accertamento, la prognosi viene alleggerita di molto, perchè l'intelligenza generale, quando esista in una certa misura, sviluppa spontaneamente con l'età. D'altra parte però è anche certo che l'affezione del sistema affettivo-volitivo che si può chiamare *apparecchio della volontarietà*, e di quello della motricità, cedono assai difficilmente alle cure ed ai mezzi di ortopedia fisica e mentale. E il persistere della sindrome motoria estrapiramidale sembra che col passar del tempo sfavorevolmente influisca sull'ulteriore sviluppo della capacità apprenditiva. Cosa che si arriva a capire in teoria ripensando alle connessioni fibrose e vasali fra corteccia e *pallido, putamen, locus niger, regione ipotalamica*, e all'azione a distanza non che — almeno in certi casi — all'azione non del tutto finita dell'agente patogeno. Tutti sappiamo difatti la resistenza di certi virus, come ad es. quello dell'encefalite letargica, che non si esauriscono che ben di rado.

Dal che deriva che la prognosi del successo nei ragazzi deboli e instabili a sindromi estrapiramidali è molto delicata.

Cari Colleghi, concludo il poco di personale che vi ho esposto. La natura e la leggerezza della malattia cerebrale — causa della forma deficitaria — non sono criteri sufficienti per una prognosi di buon successo terapeutico-educativo; i sintomi motori piramidali sono spesso refrattari ai mezzi ortopedici e, per così dire, sono solidali col *deficit* dovuto al processo cerebrale che provocò gli uni e l'altro simultaneamente. I casi d'ipertiroidismo, ipogenitalismo, epilettoidismo, una volta che sieno ben diagnosticati suggeriscono buona prognosi, perchè si prestano ad un trattamento razionale. Il mongoloidismo, quantunque cu-

rabile e modificabile, comporta prognosi più grave, anche nei casi leggeri, che si sottraggono spesso perfino al riconoscimento diagnostico. I casi dovuti a eredo-sifilide raramente cedono alla cura specifica, il *deficit* resiste sempre al trattamento; meno resistenti sono le alterazioni ipercinetiche, p. e. l'eccitabilità, che vengono per lo più diagnosticate come temperamentali e non eredoluetiche.

Le debolezze e l'instabilità da comuni encefaliti o meningo-encefaliti infettive dell'infanzia, che si diagnosticano come paralisi cerebrali infantili quando sieno sopravvenute tardivamente, p. e. verso il 3° o 4° anno di vita, cedono più facilmente a un trattamento opportuno e costante, anche se vi sia epilessia concomitante e qualsiasi forma di paralisi. La balbuzie però, se è accompagnata da insufficienza di grado « intermedio » o « medio » non guarisce mai. Le paralisi cerebrali infantili, a localizzazione prevalentemente basilare, fanno sempre sperare in un discreto sviluppo dell'intelligenza generale. Però i disturbi neurologici estrapiramidali che non cedono mai nè al tempo nè alle cure, ostacolano gravemente la messa in valore dell'intelligenza stessa a causa della dissociazione ideo-affettiva onde il carattere dei pazienti non arriva mai ad organizzarsi convenientemente.

III. — È tempo che mi rivolga agli Insegnanti, i quali, sempre secondo la mia esperienza, rappresentano la destra, cioè la tendenza ottimista. La destra, perchè gl'Insegnanti conoscono le due correnti di pensiero che c'erano fin dal settecento riguardo all'influenza dell'educazione. E' vero che Schopenauer e anche il Ribot credevano poco agli effetti dell'educazione, ma gl'Insegnanti stanno più per Leibnitz, Helvetius; proprio come molti naturalisti oggi sono più lamarkiani di una volta.

Difatti gl'Insegnanti sanno di trattare o casi neurologici « finiti », ovvero minorenni « deboli », aparetici od « instabili » del comportamento e magari anche qualche falso-anormale, e *differenziati affettivi*, o *psicopatici*. Tutti elementi non così gravi da richiedere le prognosi infauste o riservate che fanno i medici.

È vero: casi finiti, deboli, instabili, differenziati-affettivi; anormali psichici-veri, insomma. Ma si tratta di ipobulici, violenti, torpidi, lesi nella velocità dei processi psichici; e più o meno nell'ideazione superiore. Dunque materiale umano scadente, difficile a maneggiarsi e a lavorarsi, perchè c'è di mezzo l'eredità morbosa; c'è l'infezione-causa, di cui non sempre può prevedersi lo svolgimento, e ci sono le concause. Non crediate che la previsione del successo sia così facile in una massa così eterogenea.

Consideriamola un po' più da vicino.

Voglio anche prescindere dagli anormali-psichici per minorazione cerebrale diretta; però dalle alterazioni indirette del cervello non si esce, anche professando il più radicale costituzionalismo. L'umoralista replica: il sangue e gli ormoni possono cambiare: il sangue la sua composizione e gli ormoni il loro regime correlazionale, con il crescere del corpo. Certamente; però con questo si ritorna ai medici, i quali sono i soli competenti per giudicare del regime ormonico e della composizione chimica del sangue circolante. Quindi l'Insegnante — agnostico — non potrebbe giustificare una previsione ottimista se non interrogando l'esperienza del medico.

Io vi dichiaro — e lo dichiarai qui a Milano in altri due discorsi — non credo al destino ereditario così come ci credono molti medici. Nè credo all'evoluzione fatale delle costituzioni morbose. Per es., la costituzione emotiva di Dupré o ansiosa di altri, è indipendente dalla melancolia. La schizoide può portare alle psicosi dell'adolescenza, ma per lo più si limita a caratterizzare certi tratti degli imaginifici poeti o dei fantastici poetastri. La costituzione morbosa, appunto perchè è costituzione, è formula fissa e non malattia.

Credo invece che l'ambiente — quello fisico come quello sociale — abbia una gran parte nell'avvenire, nella malattia e nel successo sociale dei ragazzi; e che la costituzione per marciare verso la malattia ha bisogno dell'intervento di una concausa. Imperocchè credo che possedere il germe non voglia dire proprio possedere la sua realizzazione. La terra non è piena di germi? La vita non fermenta dappertutto? Eppure le forme visibili sono limitate. La distinzione fra disposizione prenatale o post-natale ed effettuazione durante il corso della vita, è un caposaldo della nostra cultura e soprattutto del nostro insegnamento.

Spero che su per giù voi siate del mio parere contro i melanconici assertori di un destino ineluttabile. Da ciò deriva che anche gli Insegnanti, maneggiatori abili degli *strumenti effettuali* dello sviluppo in genere e fino a un certo punto anche delle predisposizioni pre- e post-natali, abbiano diritto a fare previsioni non solo nel campo dei fanciulli e ragazzi normali (ciò che nessuno contrasta), ma anche nel campo dei difettivi, dei deviati, dei traviati, degli istintivi, dei nervosi e dei psicopatici. E se la loro esperienza, è ricca, la previsione ha tutte le probabilità di essere esatta.

Gli Insegnanti possiedono una tecnica per eccitare lo sviluppo intorpidito, per raddrizzare i deviati, per insegnare il dominio di sè. Ci credo fermamente. Voi avete lo strumento dello sviluppo nell'*esercizio* e nelle risorse tecniche per disciplinare l'esercizio stesso; insomma nella motricità, nella memoria, nel comportamento. Voi avete la sferza della vo-

stra parola magica, del vostro esempio, del vostro occhio vigilante, soprattutto avete un gran sussidio indiretto — il lavoro — per costruire, evitare o, almeno, rabberciare l'apparecchio della volontarietà nei vostri alunni. Riassumerò l'esperienza mia personale; onde vediate se essa concordi con la vostra.

IV. — Una premessa. Cosa voglia dire educare, voi lo sapete meglio di me. Io però voglio dirvi che distinguo 4 modi di educazione: 1) per neoformazione; 2) per sviluppo; 3) per sostituzione; 4) per trasformazione. Per fare una previsione è vano dire: l'alunno è educabile o recuperabile, o non lo è. Invece si dovrà dire e sapere a quale dei modi sieno più sensibili i vostri alunni. Se è così, la previsione non deve più essere generica. La previsione dev'essere graduata per qualità e per quantità, come sostengo da quando (precisamente 31 anni fa) misi nelle Storie cliniche la voce: *educabilità di 1°, di 2° e di 3° grado*. In un altro discorso qui a Milano sull'« Educabilità », presa in senso globale, diedi un metodo tecnico per tale previsione.

Sostenni allora, e sostengo anche adesso, che è possibile costruire *Reattivi di Educabilità*. Basta saperli costruire e maneggiarli, i reattivi. Oggi conosciamo in psicologia pedagogica i requisiti che deve avere una buona serie di reattivi. Edward Thorndike, Harry W. Crane e altri hanno dato norme che io riconosco sicure. Se ci fossero reattivi di educabilità potremmo costruire una nuova *curva di educabilità*, differente da quella da me trattata a Milano, la quale darebbe la graduazione dell'educabilità e quindi del successo.

I giuochi di pazienza, i labirinti, le prove di apprendimento per visione animata e non per udito, son buoni saggi di educabilità. Così pure le prove d'« intelligenza tecnica ». Non bastano però quelle di Piorkowski e Homburger, non la scatola di Decroly; ci vuole varietà, ripetizione e progressività nell'applicazione dei reattivi, qualunque essi siano. L'educabilità è dinamica, quindi i reattivi debbono essere progressivi per vedere il decorrere dell'adattamento dei soggetti ai reattivi stessi.

Conosco per prova personale l'antipatia che psichiatri e pedagogisti hanno pei Reattivi mentali (*mental tests*). Perciò faccio punto. Voi però pretenderete che insista sui « segni del successo ». Noi psichiatri potremmo creare un capitolo di semeiotica mentale: la *semeiotica della guaribilità* e quindi quella dell'*emendabilità*, della *recuperabilità*, della *educabilità*.

Vorrei tentare, qui dinanzi a voi, il primo saggio di tale semeiotica, per dirla con linguaggio medico; o, se preferite, di tecnica della previsione del successo scolastico-sociale.

Cominciamo coi frenastenici a insufficienza di lieve grado, ovvero di grado intermedio e medio, che chiameremo, per brevità e per un senso di sano ottimismo, i *deboli*.

Per questi si utilizza il criterio pronostico, tratto dalla scuola e, cioè, dai giudizi ripetuti dei Maestri sulla capacità di attenzione e di memoria e soprattutto sulla capacità di esercizio, cioè di apprendimento. Però, mi domando: a cosa portano queste capacità? al *meublage;* ma se l'ambiente è angusto, angusto resta, malgrado un suntuoso ammobigliamento di nozioni. Sicchè s'impone una distinzione fondamentale rispetto al pronostico; i criteri o segni per la previsione di *apprendimento*, e quelli per la previsione di *adattamento*. Ciò vuol dire previsione di cultura scolastica e previsione di successo sociale.

Sappiamo dalla psicologia pedagogica che l'apprendimento si ha anche nei ragazzi a *deficit* elevato. Gli idioti-microcefali imparano tante cose. Sappiamo pure che non c'è correlazione alta fra abilità manuale e intelligenza. Myers e Peters al Congresso di Utrecht sostennero che i ragazzi poco intelligenti son capaci di progredire assai nell'abilità motrice. A tale proposito va ricordata la distinzione fatta dal Claparède fra reattivi di *sviluppo* intellettuale e reattivi di *attitudini*. Le attitudini variano nel gruppo indipendentemente dall'età dei membri che lo compongono, mentre i risultati dei *tests* di sviluppo dipendono dalla età.

Ora, se in un *debole* si nota progresso nel *meublage* e progresso nell'abilità motrice, la prognosi comincia ad essere fausta. C'è però un punto morto? Sì. È appunto, come dicevo, l'angustia dell'ambiente cerebrale, cioè le colonne d'Ercole del livello intellettuale generale. C'è una zona limite, insomma; ed essa è una vera barriera perchè fatta dalle strutture. La « personalità » non si apprende con l'esercizio, è qualche cosa che per definizione ha il carattere della spontaneità. È un tesoro le cui chiavi son custodite dalla natura. Ora la personalità si rivela nel comportamento spontaneo. Il maestro, il compagno e l'amico l'afferrano per intuizione. Nell'Umbria c'è una frase scultoria per indicare gli uomini sani e lavoratori, ma senza personalità: dicono: « costui non dà regola ». In parole povere ciò vuol dire: non lascia prevedere le proprie azioni.

La mia esperienza basata sui quozienti intellettuali — Q. I. — dimostra che l'intelligenza generale (secondo il concetto di Spearman) cresce spontaneamente con l'età, ma nei deboli in fase di sviluppo, il Q. I. non cambia, cioè l'*età mentale* non guadagna nulla o quasi nulla con lo scorrere del tempo. Ciò vuol dire che cresce con l'età, ma cresce in proporzione alla disponibilità nativa o alla disponibilità rimasta dopo l'uragano della ma-

lattia cerebrale. Dunque la personalità resta sempre difettiva nei deboli.

L'Insegnante alla domanda: potrà l'alunno fare la 2ª, la 3ª e magari la 4ª elementare?, e all'altra: apprenderà egli a disimpegnare le piccole faccende domestiche, a esercitare un mestiere?, potrà rispondere *sì*. Ma alle incalzanti richieste dei parenti: potrà l'alunno provvedere a sè stesso, potrà governarsi da solo nella vita?, risponderà, se si tratta di deboli-veri: *no*. Attenuerà tuttavia la sgradita sentenza con queste parole: no, perchè il ragazzo avrà sempre bisogno di vigilanza, in famiglia, nei campi o all'officina. Volete una conferma di quanto io dico? Dicano i medici qui presenti se concederebbero a un *debole-vero*, divenuto adulto, per quanto educato in Istituti o alle Autonome, l'imputabilità piena in caso di qualche suo reato?... Dunque, malgrado il *meublage* e il rendimento lavorativo, il debole-vero non avrà mai la personalità, cioè l'autonomia psichica e giuridico-sociale dell'uomo medio. Noi lavoriamo, dunque, nei nostri Istituti non per dare alla società degli uomini liberi e saggi, ma per darglieli innocui e produttivi, purchè siano protetti dalla famiglia, dalla legge e dalle provvidenze assistenziali.

Vengo agli alunni *instabili;* instabili-veri, beninteso, non ai ragazzi semplicemente *difficiles* o *turbulents*, come dicono i francesi, o discoli; frutti malefici specificamente dovuti al cattivo ambiente domestico o alle disgraziate condizioni economiche. È, beninteso, che la massa di costoro — che per lo più son dei *falsi-anormali* del carattere o differenziati-affettivi — la prognosi, in generale, è fausta. Cambiate l'ambiente, passateli al collegio, collocateli in campagna, nutriteli, vigilateli e l'adattamento sociale arriverà, poichè i falsi instabili *ab hereditate* hanno maggior *souplesse*, che non abbiano i lesionati di cervello e gl'instabili-veri. Nei falsi-anormali il successo dipende dalla riuscita dell'insegnante nell'organizzare la loro capacità al lavoro continuato; al lavoro professionale secondo le attitudini, e nel favorire una saggia simbiosi pei ragazzi delinquibili. Pei falsi-anormali la previsione veramente è più che buona, purchè gli educatori siano accorti e appassionati. Dirò di passaggio che per i falsi-anormali affettivi la repressione giova poco; metodo più sicuro è quello di far loro *vivere il proprio difetto*, trasformato secondo i fini imposti dalla utilità sociale (navi-scuola, colonie agricole, ecc.).

Purchè però non si tratti d'instabilità vera che maschera, secondo la mia statistica, l'epilessia e l'epilettoidismo pel 50 % dei casi. L'altro 50 % sono eredoluetici, ipertiroidici, eccitabili per schizotimia e via discorrendo. I deboli-instabili o anormali *misti* di Binet sono poi la piaga delle nostre scuole; voi li conoscete. Secondo una mia statistica approssimativa vi ha normalità intellettuale nel 70 % degli instabili. Per questi tuttavia la previsione non è ottimista, poichè il temperamento e il carattere ostacolano la messa in valore dell'intelligenza generale.

Segni di educabilità e adattabilità degli instabili-veri si ricavano dal comportamento *spontaneo*: giuochi, occupazioni libere, e da quello *obbligato*, cioè al comando. Soltanto che fa d'uopo sapere osservare e saper comandare. Anche qui dirò qualche cosa tratta dalla mia esperienza o da quella di insegnanti a me vicini. Il comportamento *spontaneo* nelle occupazioni manuali e nel disegno, è molto importante per le previsioni. Si badi però che il comportamento sia spontaneo davvero. Ci sono nel gruppo degli instabili i *meneurs*. *Meneurs* consapevoli e inconsapevoli (trasmissione per via subcosciente). A volte il maestro diviene *meneur* egli stesso adoperando con poco fine discernimento premi e castighi. Per far previsioni tratte dal comportamento spontaneo — vera rivelazione immediata dell'anima infantile, cioè delle sue tendenze, delle sue risorse, difese, inibizioni, adattamenti — occorre spirito di osservazione e ripetizione di notazioni nelle varie circostanze in cui l'alunno si trova. Per esempio: il ritmo, le sospensioni, le pause lunghe, le distrazioni, le riprese sia nei giuochi sia nelle occupazioni non comandate, sono tempi molto interessanti per le notazioni. Vedrete se il ritmo spontaneo sia proporzionato con l'utilizzazione delle proprie energie. Vi accerterete con ripetute notazioni come l'alunno apprezzi il proprio lavoro. E' egli soddisfatto a lavoro compiuto? Capisce le differenze col lavoro antecedente? È cosciente del suo progredire o migliorare? Da qui deriva la esatta coscienza del proprio valore; apprezzamento quindi della più grande importanza pel successo sociale.

Tutto questo indipendentemente dal rendimento quantitativo. Il rendimento è una sintesi, come nella morfologia, è misura sintetica, la statura. Ottimo criterio per prevedere il valore economico dell'individuo; ma criterio insufficiente per una previsione di successo sociale globale. È necessario tener d'occhio il rendimento qualitativo, e i modi di utilizzazione di sè stesso combinata con l'autodisciplina degli istinti.

Il comportamento spontaneo di più alunni instabili riuniti, costituisce prova della « interpsicologia » del gruppo. Tale prova è valida anche nello svolgersi di un comportamento obbligato: alla scuola, al doposcuola, nelle applicazioni di lavoro, come nella famiglia, nell'ospedale, a passeggio. Uno studio originale e redditizio della comunità frenastenica-instabile, sarebbe desiderabile. Il Cinema di presa e di proiezione rallentata ci porterebbe delle novità. Dobbiamo conoscere parecchie cose nel gruppo: quanto tempo occorre per-

chè esso raggiunga una certa omogeneità? Quali degli alunni del gruppo costituiscono omogeneità o eterogeneità più spiccata? Quali sono « incubi », quali « succubi »? E lo sono sempre o soltanto in certe circostanze? Come l'incubo esercita la sua potenza? Come il succube la subisce, e perchè? Vi entra in questa concorrenza l'elemento erogeno palese, o camuffato? Quali ne sono i travestimenti individuali e di gruppo? E poi altre domande ancora, cui potrebbe rispondere la notazione del comportamento spontaneo dei soggetti nel gruppo. Quali sono nel gruppo gli elementi temibili e i più suggestibili? La vendetta, l'odio, la simpatia, la ripulsione... tutta la gamma affettiva interpsicologica si può cogliere qui nel suo aspetto pratico.

In quanto poi al comportamento *obbligato*, l'Insegnante potrà trarre argomenti di previsione dalle « prove di lavoro a rendimento » che implicano costanza di attenzione nelle manifestazioni dell'intelligenza tecnica; dalla constatazione del superamento o meno della « piccola fatica » e dalla curva del « ricupero » dopo i riposi o dopo le distrazioni. Ricordate che i deboli e gli instabili non risentono la noia, nè la fatica *vera*. Sicchè è indispensabile accertare i motivi del loro eventuale rifiuto al lavoro e della loro incostanza. Si dice che si tratta di oscillazioni prolungate dell'attenzione, di bisogno di mobilità; ma per giudicare della capacità di sviluppo dell'« apparecchio della volontarietà » (perchè su questo punto verte in fin dei conti la previsione) si ha da avere una chiara esperienza circa il giuoco degli interessi personali. Ogni automatismo è utilitario; dunque si ha da trovare se e quale interesse sia capace di fissare e immobilizzare, o meglio di suscitare forze antagonistiche nel ragazzo instabile, distratto, irrequieto, agitato, clamoroso. Alle stesse caratteristiche psicologiche esteriorizzate nel comportamento può convenire una previsione di successo ottimista o pessimista, a seconda delle origini e delle correlazioni delle caratteristiche stesse. Ho sostenuto sempre e sostengo che un buon maestro è capacissimo di far la diagnosi differenziale fra l'eccitabilità, l'impulsività, l'immoralità e la reattività, più o meno amorale e veramente automatica (come ad es. l'epilettica o l'autistica) — quindi poco o niente emendabile — ovvero l'instabilità capricciosa, come si dice per indicare la caratteristica autonomia che ha in parte il comportamento instabile. La fenomenologia del comportamento è ricca di suggerimenti a chi abbia gli occhi sagaci e la passione per vedere.

Ma un saggio di semeiotica ovvero di *tecnica della previsione* del successo, esigerebbe che io vi parlassi degli elementi da rilevarsi nel campo del profitto scolastico; ma voi siete più competenti di me nel rilevarli. Invece su un altro punto della tecnica potrei dirvi cose meno banali. Io sono convinto che un giudizio di previsione importante si possa trarre al comportamento dei nostri ragazzi dinanzi al pericolo. La « prova del pericolo sperimentale » sarebbe, secondo me, un reattivo assai eloquente se venisse applicato in serie. Sto preparando dei *films;* la proiezione rallentata sarebbe un documento psicofisiologico di prim'ordine.

Ma debbo tacere; perchè ora tocca a voi a discutere.

V. — Concludo che io non sono pessimista, nè ottimista; ma tecnico della prognosi. E bisogna essere tecnici onde guadagnarsi con la ulteriore esperienza un ottimismo o un pessimismo, non d'impressione o di maniera, ma ragionevole e sincero.

Supponiamo che i risultati statistici della nostra fatica — quelli veri, beninteso — non fossero brillanti. Vi confesso che io tornerei a fare quello che ho fatto per i nostri anormali-psichici. Chi di noi nel mondo lavora al cento per cento? Io sarei soddisfattissimo di lavorare al 30 %.

Ultimamente a Parigi ho visto le Opere del Patronato della Senna per minorenni. Ebbene, secondo una statistica di qualche anno fa, dei minorenni traviati e delinquenti (miscuglio, come potete immaginare, di anormali-psichici di ogni specie e di moralmente abbandonati!), che passarono a centinaia per il Patronato, furono redenti col lavoro circa il 25 %. È una cifra assai consolante, come mi diceva il presidente del Patronato. Per un 25 % di successo io credo che valga la pena anche per noi di dare il 100 per 100 della nostra attività sociale. Ed è equo. Perchè almeno un altro 25 % del nostro lavoro non rappresenta forse per noi il successo culturale? E anche la cultura è redditizia. Ciò che resta, cioè l'altro 50 %, rappresenta, anzi deve rappresentare, il compimento di un dovere sociale, che corrisponde anche a un bisogno di donare. Donare: oblìo delle tristezze della vita, sacro egoismo di ogni galantuomo...

NOTE DI TECNICA

Nuovo reattivo per la ricerca del glucosio a freddo.

Dott. Francesco Leti.

M'è stato possibile, dopo lunghi studi e pazienti, di trovare un reattivo per la ricerca del glucosio nelle urine, che agisce a freddo, senza bisogno alcuno di sorgente calorifica.

Credo che questo reattivo avrà larga diffusione appena conosciuto dai Chimici e dai Medici, per le sue indiscutibili peculiarità che lo distinguono dagli altri reattivi, e che in certo qual modo lo rendono di uso più semplice e più pratico.

Generalmente nei Laboratori di Analisi, per la determinazione qualitativa del glucosio, si usa il reattivo del Nyländer, a mezzo del quale, *previo riscaldamento*, se il glucosio è presente, si ha una colorazione nero intensa, dovuta alla precipitazione del bismuto.

Preparando il Nyländer sviluppasi una considerevolissima quantità di calore, dovuta alla dissoluzione dell'idrato sodico, calore che va assolutamente perduto giacchè non si utilizza praticamente.

Io ho pensato di utilizzare, se era possibile, tanta copia di calore, che svolgesi inutilmente e sperdesi dalla dissoluzione dell'idrato, e mi posi alla ricerca di un reattivo termogenico, cioè di un reattivo a mezzo del quale fosse possibile la ricerca del glucosio a freddo, senza bisogno di una sorgente calorifica, utilizzando il calore stesso che svolgesi dalla dissoluzione dell'idrato: mi misi cioè alla ricerca di un reagente *sui generis*, fornito di una caratteristica e peculiare proprietà.

Dico peculiare, in quanto tutti i reattivi noti, per la ricerca del glucosio, il Trommer, il Nyländer, il Fehling, e tutti gli altri, non agiscono a freddo, neanche in presenza di soluzioni assai concentrate di glucosio, ma per reagire richiedono un riscaldamento fino all'ebollizione ed oltre.

Fui fortunato, e dopo vari tentativi più o meno abortiti, mi riuscì di raggiungere il fine propostomi; ossia di trovare un reattivo che in condizioni normali, chiuso in recipiente, è freddo (alla temperatura ambiente), ma appena è a contatto con l'urina, e soltanto allora, sviluppa automaticamente il calore necessario al verificarsi della reazione, per cui la sorgente calorifica diventa inutile e superflua.

Questo reattivo presenta inoltre un'attitudine praticamente utilissima: una goccia di urina soltanto è sufficiente per la rivelazione: per cui dovendo eseguire un'analisi completa, disponendo di una piccola quantità di urina, cioè di una quantità non sufficiente a tutte le numerose ricerche che si è soliti di fare ordinariamente sulle urine nei Laboratori di Analisi, con l'uso di questo reattivo, non è necessario consumare per la ricerca del glucosio quella quantità di urina che oggidì si adopera con i reattivi in uso, e se ne può consumare invece una quantità assolutamente trascurabile e infinitesima, soltanto una goccia, come si è detto, lasciando tutto il residuo per le altre ricerche.

Modo di preparare tale reattivo (*) — In una capsula di argento (è necessario che sia d'argento, perchè gli altri metalli si ossiderebbero) si mette a fondere una certa quantità di idrato sodico, che, come è noto, fonde assai facilmente, prima del calor rosso, per la semplice azione di un becco a gas.

Quando l'idrato sodico è fuso, diventando trasparente e incolore come l'acqua, vi si versa sopra una determinata quantità di sottonitrato di bismuto (i rapporti quantitativi debbono essere: 10 grammi di idrato sodico circa, e 1/2 gr. circa di sottonitrato di bismuto), avendo però cura di agitare subito, o a mezzo di una bacchettina, possibilmente di argento, o in mancanza di questa, con una bacchettina di nichel, oppure magari afferrando il crogiuolo con le pinze, e imprimendo al tutto un leggero movimento rotatorio. È necessario agitare onde mettere a contatto tutto il sottonitrato omogeneamente con tutta la massa fusa.

Per l'aggiunta del sottonitrato e successivo rimescolamento, la massa fusa assume un aspetto lattescente.

Occorre però che la temperatura dell'idrato in fusione non sia troppo elevata, e precisamente non superiore al punto di fusione, giacchè se la temperatura superasse il punto di fusione, la massa si colorirebbe in rosa, o in giallo canario, o in giallo uovo, o in bruno, per la formazione dei vari ossidi di bismuto. Ciò non deve succedere.

Versato il sottonitrato, agitato con una bacchettina, divenuta la massa lattescente, la prima parte dell'operazione è compiuta.

Allora si afferra con una pinza un bordo del crogiuolo, e si versa il contenuto sopra una

---

(*) Sistema e procedimento brevettati: Ministero Corporazioni, Ufficio Proprietà Intellettuale (con n. 3878, A. 1930).

superficie fredda, per es. sopra una mattonella refrattaria, naturalmente asciutta.

La massa fusa solidifica pressochè istantaneamente; appena questa si è solidificata deve distaccarsi la massa solida con una lama (per es. con un temperino); e quindi si polverizza dentro un mortaio di porcellana.

La polverizzazione deve essere fatta rapidamente, data la igroscopicità della sostanza.

Il reattivo è così pronto: consiste in una polverella bianca, assai igroscopica, che a causa della sua igroscopicità va conservata in recipiente chiuso; che è termogenica (in presenza di acqua o di liquido acquoso sviluppa calore); che è molto sensibile; che reagisce anche in presenza di soluzioni assai diluite di glucosio (1 ‰) provocando anche in presenza di soluzioni debolissime di glucosio, una intensa colorazione nera caratteristica.

La proprietà termogenica deriva da ciò: che mentre nel preparare il reattivo del Nyländer, il calore che si sviluppa dalla dissoluzione dell'idrato sodico in acqua non viene in modo alcuno utilizzato, col reattivo in discorso, il calore non va perduto, ma si sviluppa solo al momento utile, quando cioè si determina il contatto colle urine, rendendo così superflua la fiamma.

Modo di adoperarlo. — La ricerca del glucosio nelle urine con detto reattivo può farsi in due modi: chimicamente e microchimicamente.

Per la ricerca chimica, si procede così: si fa cadere sul fondo di una provetta un poco di reattivo (300-400 mmgr. circa; una quantità maggiore però non nuoce) e quindi si versa nella provetta sul reattivo una piccola quantità dell'urina in esame: per es. un cm. cubo o due. Nel giro di 1/2 minuto, o un minuto al massimo, la polverella annerisce, se il liquido è zuccherino; resta bianca se invece lo zucchero è assente).

Norme indispensabili. — Determinatosi il contatto fra l'urina e il reattivo *non si deve agitare;* perchè agitando si disperde il calore svolgentesi, che invece deve essere il più possibile concentrato; sperdendosi il calore, la sensibilità della reazione ne scapita molto.

L'osservazione va fatta subito. Lasciando in riposo per qualche ora, l'analista potrebbe esser tratto in inganno perchè a lungo andare altre sostanze riduttrici, contenute nell'urina, potrebbero determinare un leggero annerimento del reattivo, ciò che qualche volta avviene. Mentre se la ricerca è fatta subito, o quasi subito, per es. non oltre una mezz'ora, nessun errore di interpetrazione è possibile.

Per la ricerca microchimica si procede così: si pone una piccola quantità di reattivo in polvere (300-400 mmgr. circa; una quantità superiore di reattivo non nuoce, ma sarebbe superflua) sopra un vetrino da microscopio, oppure sopra un vetrino da orologio; e quindi si umetta il reattivo (a mezzo di una pipetta o di un contagoccie) con una goccia di urina; una sola goccia *sufficit*. In presenza di glucosio l'annerimento è immediato. Questa ricerca microchimica dello zucchero in modo così semplice, e che può effettuarsi con tanta semplicità e povertà di mezzi, oltre ad essere elegante, è assolutamente nuova.

Utilità. — Questo reattivo presenterà per il pubblico una fonte di risparmio in quantochè permetterà facilmente a qualsiasi persona anche non pratica di ricercare da sè (soltanto però qualitativamente) il glucosio nelle proprie urine.

Per i medici condotti che vivono nei piccoli centri, generalmente sforniti di Laboratori e dei mezzi necessari, rappresenterà un facile e utile procedimento, che potrà eseguirsi anche al letto del paziente.

Infine gli stessi laboratori chimico-clinici, per quanto copiosamente attrezzati, potranno ricorrervi utilmente, di preferenza ai reattivi Fehling e Nyländer, sia per il risparmio del gas, sia per il risparmio non indifferente di tempo.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un reattivo che svela il glucosio nelle urine a freddo. Si ottiene fondendo idrato sodico e sottonitrato di bismuto e polverizzando il prodotto. La polvere così ottenuta è igroscopica e termogena. In presenza di urina contenente glucosio annerisce. La reazione può essere seguìta chimicamente e microchimicamente.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Due casi in cui l'azione del freddo provocò in malarici cronici un accesso febbrile unico, malarico, clinicamente tipico ed ematologicamente positivo

per il dott. DOMENICO VIOLA, capitano medico.

Espongo schematicamente i due seguenti casi clinici che ebbi occasione di osservare nella pratica reggimentale.

CASO I. — Soldato A. T., della classe 1910, del Distretto di Foggia, di professione contadino; gentilizio puro; anamnesi remota negativa fino al 1927 epoca in cui il soggetto cominciò a soffrire di iperpiressie improvvise che comparivano con brividi di freddo e dopo poche ore cedevano con sudori profusi, lasciando un seguito di spossatezza, cefalea, disappetenza che perduravano per una giornata o due, ma che non impedivano al paziente di riprendere le sue abituali occupazioni. Per il succedersi frequente di questi attacchi febbrili, dapprima disordinatamente poi ogni terzo giorno, fu consultato un sanitario il quale diagnosticò infezione malarica, e praticò la cura chininica per bocca facendo contemporaneamente delle iniezioni di cui il militare non sa precisare la natura. Riferisce il soggetto che dopo circa otto mesi di cura gli accessi scomparvero ed egli tornò a godere buona salute. Chiamato alle armi fu arruolato, (presenta St. m. 1,64, Pt. cm. 89, Ps. kg. 61), giunto a Reggimento iniziò senza danno il servizio e lo disimpegnò bene per tre mesi senza avere mai avuto bisogno di ricorrere all'opera del sanitario, neppure nel periodo intenso di allenamento e d'istruzione delle reclute, e neppure per effetto delle reazioni vacciniche nè antivaiolose nè antitifiche.

Il 29 giugno u. s. verso le ore 16, essendo in permesso, si recò con alcuni compagni a bagnarsi nelle acque del Ticino, in una località ove esiste uno speciale apprestamento adatto a questo scopo. Riferisce che l'acqua era molto fredda e che nell'immergervisi provò subito una intensa molesta sensazione, ebbe brividi ripetuti che neppure i movimenti attivi riuscirono a fare scomparire; tuttavia restò in acqua circa dieci minuti e se ne allontanò quando cominciò ad avvertire una particolare sensazione di vertigine che lo spaventò, si rivestì in fretta deciso di rientrare in caserma; nel ritorno, durante la strada, avvertì una molesta oppressione al fianco sinistro che instintivamente sentiva il bisogno di comprimere con la mano, cosicchè la deambulazione gli riusciva faticosa anche perchè perduravano i brividi di freddo, specie al dorso, ed era comparsa una intensa cefalea. Appena in caserma si recò al posto di medicazione sopratutto per farsi dare un calmante per il mal di testa; l'infermiere, come d'abitudine, gli misurò la temperatura ed avendo trovato che il termometro segnava 39,5 provvide a ricoverare l'ammalato all'infermeria, io ne fui avvertito e verso le 18 visitai il soggetto; i brividi erano scomparsi e così pure il senso di oppressione al fianco sinistro, perduravano la cefalea e la febbre alta; l'esame obbiettivo fu completamente negativo, all'ipocondrio sinistro non si palpava la milza, l'ammalato cominciava a sudare; mi disse che prima di prendere il bagno si sentiva perfettamente bene in salute, che non era stanco, che non aveva mangiato, che non aveva mai fatto bagni in mare o in fiume e che vi si era recato appunto per imparare a nuotare; raccolta così l'anamnesi poichè non vi era di positivo che la pregressa infezione malarica pensai, fortunatamente, di praticare uno striscio di sangue riservandomi di esaminarlo. Presi i provvedimenti del caso senza però somministrare medicinali, lo avrei fatto, se del caso, prima di notte; alle 23 però la temperatura era di 37,5, la cefalea era scomparsa, le condizioni generali erano buone; l'ammalato aveva sudato abbondantemente. Il mattino dopo era sfebbrato ed euforico; obbiettivamente nulla assolutamente fu dato di rilevare. L'esame dello striscio di sangue che avevo preparato la sera prima, svelò la presenza in circolo di elementi non numerosi ma tipici di plasmodium vivax. Quel mattino ripetetti lo striscio di sangue ma l'esame fu negativo; non vidi alcuno degli elementi tanto evidenti nel primo striscio. Nei giorni seguenti tornai a ripetere gli esami del sangue, perchè ero convinto che l'accesso febbrile si sarebbe ripresentato, nella attesa non somministrai medicamenti, sopratutto perchè l'ammalato non ne aveva bisogno ed anche per non turbare quello che avrebbe dovuto essere il quadro clinico del caso. Ma la febbre non comparve più, il soggetto stava bene e dopo quindici giorni di osservazione fu dimesso dall'infermeria. Tornato al servizio non ha più avuto motivo di ripresentarsi alla mia osservazione, ed ormai sono trascorsi due mesi, durante i quali tuttavia ho seguito le vicende di questo militare.

CASO II. — Soldato Z. R., della classe 1909, del Distretto di Massa, di professione cavatore di marmi. Gentilizio puro; anamnesi remota negativa fino al 1926 epoca in cui contrasse infezione malarica che si manifestava con accessi febbrili dapprima ogni terzo giorno poi giornalmente, gli accessi duravano poche ore ma lasciavano l'ammalato molto depresso, tanto che nel periodo acuto della malattia egli dovette quasi continuamente stare a letto, per circa sei mesi.

Non ricorda con precisione la cura cui fu sottoposto, dice che il medico gli fece somministrare un liquido di colore scuro a cucchiaiate per bocca e gli praticò iniezioni di due tipi a giorni alterni, un giorno di un medicamento incolore che era contenuto in fiale piccole, il giorno dopo di un medicamento giallastro che era in fiale più grosse. Queste ultime iniezioni continuò a farle per lungo tempo, circa un anno, perchè al periodo acuto della malattia seguì un cospicuo deperimento organico che lo allontanò per più di dieci mesi dal lavoro; ma poi ristabilitosi in salute riprese a lavorare da cavatore senza avvertire alcun disturbo per l'esercizio del mestiere faticosissimo. Chiamato alle armi fu arruolato (presenta St. m. 1,70. Pt. cm. 87, Ps. kg. 63), giunto al Reggimento attese bene al servizio; ricorse all'opera del sanitario soltanto una volta, nel mese di maggio, per una leggera forma febbrile reumatica guarita in cinque giorni di degenza all'infermeria reggimentale. Domenica 6 luglio u. s. verso le ore 17 il soggetto si recò con alcuni commilitoni a prendere un bagno nelle acque

del Ticino; appena immersosi avvertì sensazione fastidiosa per l'acqua che era freddissima, anche i compagni avvertirono questa molesta impressione tanto che decisero di fermarsi in acqua pochissimo e dopo circa cinque minuti ne uscirono, ma il soggetto appena sulla riva ebbe una vertigine e sarebbe caduto se non l'avessero sostenuto; furono necessari alcuni minuti prima che il militare si riavesse, e quando riprese il controllo di sè avvertì una intensa cefalea; i brividi di freddo comparsi mentr'egli era in acqua non erano cessati anzi erano tanto intensi che, a dire dei compagni, il soggetto « tremava tutto e sembrava avesse le convulsioni »; fu rivestito e fu accompagnato all'infermeria ove gli fu riscontrata febbre con temperatura di 39,7. Avvertito visitai l'infermo verso le ore 19; i brividi erano scomparsi, perduravano la cefalea e la febbre alta; interrogai l'ammalato ed ebbi risposta affermativa (ma non sicura) circa un senso di oppressione al fianco sinistro, ove però alla palpazione nulla si poteva rilevare, così come del tutto negativo fu l'esame obbiettivo generale. Anche in questo caso l'ammalato mi disse che prima di prendere il bagno si sentiva perfettamente bene in salute, che non era stanco, che non aveva mangiato da poco, egli però non era la prima volta che si recava al bagno, anzi ne aveva fatto uno o due di recente. Qui istruito dal primo caso occorsomi praticai subito lo striscio di sangue ed osservai, subito, anche questa volta, alcuni elementi tipici di plasmodium vivax. Alle 23 le condizioni dell'ammalato erano migliorate, la febbre era però sempre molto alta; praticai nei glutei una iniezione di bicloridrato di chinina (cgr. 50 in un cc. di soluzione acquosa). Il mattino seguente il soggetto era apiretico ed euforico, l'esame obbiettivo minuto fu completamente negativo. Mi comportai come nel precedente caso, ed anche qui nei successivi esami del sangue non vidi più elementi parassitari; anche in questo secondo caso non comparvero più accessi febbrili, ed io dovetti, dopo quindici giorni di osservazione, dimettere il militare dall'infermeria. Anch'egli non ha più avuto bisogno dell'opera del medico ed ha atteso normalmente all'ordinario servizio.

Ed ora pochissime considerazioni, giacchè non credo necessaria una lunga discussione per chiarire questi due casi che mi sembrano non privi di interesse.

Naturalmente non ho potuto consultare tutta l'immensa letteratura esisente in argomento di malaria, ma nei lavori che ho letti e nelle opere trattatistiche che ho fatto scorrere non ho trovato casi di comportamento analogo a questi da me osservati.

In questi casi alcuni fatti spiccano decisamente; ed anzitutto il rapporto immediato nel tempo e presumibilmente diretto nelle cause fra l'azione del freddo intenso dovuta all'immersione del corpo in acque gelide, e l'iniziarsi del quadro morboso.

Il freddo provoca intensi brividi, prolungati, cefalea e vertigini, febbre alta, ed un senso di oppressione al fianco sinistro.

L'andamento clinico dell'accesso febbrile è tipico dell'attacco malarico, e fatto di grandissima importanza, esiste anche la positività del reperto ematologico trovato nello striscio di sangue praticato al momento dell'attacco.

Quadro clinico e positività del reperto istologico hanno vita effimera; dopo appena dodici ore ogni fatto morboso è scomparso; non solo ma non si ripresenterà più alcun disturbo.

Sulla natura malarica dell'attacco febbrile non vi possono essere dubbi, i plasmodium vivax erano tipici; ed a rigore logico non mi pare che si possa escludere la dipendenza dell'attacco dall'azione del freddo.

Posso dire, quindi di avere osservato, in due casi, che l'azione del freddo intenso, esercitatasi per l'immersione del corpo in acque gelide, provocò, in malarici cronici, un unico accesso febbrile malarico clinicamente tipico ed ematologicamente positivo.

Per quale meccanismo d'azione?

Non so dire con certezza; ricordo tuttavia che è stato dimostrato (Barcroft, Binet, Viale ed altri) che il freddo produce contrazioni spleniche, e penso che è possibile che nei casi che io ho osservati si siano verificate queste contrazioni; a produrle possono avere contribuito lo sforzo muscolare e l'accelerata respirazione ed anche l'emozione (dovuta alla eccezionalità dell'avvenimento intercorrente), fatti questi che, secondo Barcroft ed altri, possono produrre riduzione del volume della milza; se ciò avvenne fu in modo brusco ed intenso tanto da provocare (in un caso con certezza) perfino una molesta sensazione di oppressione al fianco sinistro; si ebbe insomma una vera e propria spremitura della milza; questo fatto probabilmente provocò l'immissione in circolo di parassiti, che, non vi è ragione di non ammettere si trovassero ancora indovati e latenti nell'organo.

Questa immissione era inattesa dall'organismo che reagì oltrechè con la febbre accessuale, con fenomeni gravi di squilibrio, con vertigini, con cefalea etc.

Cessato il fatto provocatore, ed esauritisi gli effetti immediati sulla milza di conseguenza scomparvero i fatti morbosi.

Sarebbe stato interessante vedere se nuove immersioni in acque gelide avrebbero provocato il ripetersi dei fatti; ciò non avvenne perchè i due militari certamente allarmati dall'effetto del primo bagno rinunziarono a praticarne spontaneamente altri.

Io ho creduto, comunque, utile comunicare le due osservazioni cliniche perchè, ripeto, mi sembrano abbastanza interessanti.

RIASSUNTO.

L'A. comunica due casi clinici nei quali l'azione intensa del freddo esercitatasi per l'immersione del corpo in acque gelide, provocò in malarici cronici, un unico accesso febbrile malarico clinicamente tipico, ed ematologicamente positivo. Prospettandone il meccanismo d'azione l'A. induce essersi potuta verificare, per l'azione del freddo, una vera e propria spremitura della milza, forse con l'immissione consecutiva in circolo di parassiti ancora indovati e latenti nell'organo; cessato il fatto provocatore ed esauritisi gli effetti immediati sulla milza scomparvero i fatti morbosi.

SUNTI E RASSEGNE.

ORGANI DIGERENTI.

Una causa d'errore nella diagnosi delle ulcere piloriche e duodenali: la localizzazione sotto-epatica del dolore provocato.

(A. CADE e M. MILHAUD. *Journ. de Méd. de Lyon*, n. 255, agosto 1930).

Malgrado gl'importanti progressi nella diagnostica delle affezioni a sede sottoepatica, spesso le ulceri piloriche e sopratutto duodenali possono essere mascherate da punti dolorosi provocati in sede lontana dalla norma.

Nelle ulceri gastriche o duodenali tanto il punto epigastrico mediano, quanto il punto pilorico, hanno scarso valore diagnostico differenziale; maggiore importanza si può accordare al dolore provocato sul duodeno, punto fissato da Parturier nel mezzo d'una linea che congiunge l'ombelico alla decima costola. Un dolore in questo punto sta a significare una duodenite, una periduodenite od un'ulcera; bisogna tuttavia ricordare che anche il punto duodenale può andar soggetto a variazioni topografiche; e se delle anomalie si possono riscontrare allo stato normale, maggiori modificazioni si producono allo stato patologico. Questa condizione, come lo stato degli organi prossimi a tale zona possono essere causa di numerosi errori.

La vescichetta biliare costituisce l'organo che più facilmente può far confondere il dolore dipendente dalla sua lesione con quello causato da un'ulcera duodenale.

A tal proposito sono riferiti tre casi clinici in cui il decorso dei disturbi, e sopratutto il punto cistico dolente avevano fatto sospettare una colecistite, mentre all'intervento operatorio fu riscontrata un'ulcera duodenale.

Queste constatazioni, benchè non siano frequenti, inducono a pensare che talora i segni propri d'un'affezione, come, per es., il segno di Gilbert-Murphy della colecistite, possono simulare invece una lesione duodenale, la quale, malgrado una rigorosa indagine clinica, l'applicazione di tutti i metodi complementari di esame, come la radiologia, il coprologico, il sondaggio duodenale, il chimismo gastrico, non può essere sicuramente affermata.

Sono presi in esame, per l'occasione, gli elementi diagnostici differenziali dell'ulcera gastrica e della colecistite. L. CARUSI.

Risultati lontani del trattamento delle ulcere della piccola curvatura.

(H. HARTMANN. *Gaz. des hôpit.*, agosto 1930).

Studiando i risultati lontani degli interventi operativi eseguiti in gran numero di casi di ulcera della piccola curvatura, l'A. ha potuto porre delle conclusioni definitive che hanno modificato, in certi punti, le sue idee circa il valore dei singoli interventi. L'osservazione di numerosi casi ha dimostrato che la resezione dell'ulcera non è un'operazione radicale. Un certo numero di operati sono ripresi, dopo un tempo variabile, da disturbi gastrici, certo meno seri di quelli di cui soffrivano prima, ma sufficienti per render necessaria una ripresa, almeno temporanea, del regime, qualche volta anche per obbligare ad un nuovo intervento. La semplice gastro-enterostomia, contrariamente all'opinione generalmente ammessa, ha dato nell'ulcera della piccola curvatura in genere buoni risultati. In alcuni casi, nei quali i risultati immediati erano sembrati insufficienti, essi si sono progressivamente fatti migliori ed infine i malati sono guariti clinicamente. Probabilmente questa azione benefica della gastro-enterostomia è dovuta al fatto che essa neutralizza l'acidità dei liquidi gastrici a mezzo delle piccole quantità di succhi alcalini (bile, succo pancreatico) che arrivano nello stomaco ed anche alla soppressione dell'azione nefasta degli spasmi pilorici che possono esistere anche nelle ulcere della piccola curvatura.

Un forte argomento a favore della resezione è la possibile confusione fra un'ulcera callosa semplice ed un'ulcera cancerosa. Ma questo argomento perde molto del suo valore se si pensa che generalmente l'esame clinico e radiologico fanno sospettare il cancro. L'A. aggiunge che queste ulcere cancerose molto fibrose hanno un decorso estremamente lento e la sopravvivenza dopo la gastro-enterostomia è in generale assai lunga, anche di parecchi anni. D'altra parte la mortalità operatoria immediata è per la resezione più elevata che per la gastro-enterostomia, le recidive sono frequenti e, secondo le osservazioni dell'A., a decorso molto rapido. Alcune ulcere cancerose, che con la gastro-enterostomia avrebbero avuto una sopravvivenza assai lunga, portano rapi-

damente a morte dopo una resezione incompleta. Le cellule neoplastiche, prima incluse in uno stroma fibroso, dopo l'operazione pullulano come dei grani seminati in una terra di fresco lavorata e proliferano con rapidità.

Potranno delle operazioni molto larghe dare migliori risultati lontani? L'A. ne dubita poichè spesso questi cancri ulcerosi della piccola curvatura sono aderenti al pancreas e l'ablazione totale non è possibile. Due punti sembrano comunque all'A. ben stabiliti:

1) La necessità di fare un'operazione che assicuri una evacuazione totale dello stomaco. Se i risultati ottenuti dall'A. sono stati cattivi nelle resezioni semplici e mediocri in alcune escissioni con gastro-enterostomia, ciò è dipeso, in tutti i casi, dal fatto che era rimasta un po' di stasi. I risultati sono stati, al contrario, eccellenti nei casi in cui lo stomaco si vuotava in totalità.

2) La necessità di trattare con cure mediche i malati dopo l'operazione. Gli esiti lontani cattivi si sono avuti nei casi in cui gli operati, sentendosi immediatamente molto bene, ne hanno approfittato per commettere degli eccessi.

Per lo stomaco a bisaccia l'operazione di scelta è sembrata all'A. essere la gastrectomia anulare. Essa non è però sempre possibile a causa della estensione delle aderenze. Allora la gastro-enterostomia sulla saccoccia cardiale e pilorica, nei casi in cui alla stenosi meso-gastrica si associ la stenosi pilorica, è l'operazione che dà i migliori risultati.

C. TOSCANO.

Le rettiti stenosanti.

(HARTMANN. *Paris médical*, n. 14, 1930).

L'A. dopo aver ricordate le numerose descrizioni fatte sull'argomento e i nomi diversi con i quali sono state descritte (restringimenti cilindrici, anulari, sifilitici, flogistici, rettiti, ipertrofiche, proliferanti e stenosanti) fa delle osservazioni su 120 casi personali.

Tale affezione, secondo le moderne statistiche, è più frequente nella donna ed è secondaria, per lo più, a sifilide.

In un gran numero di casi l'A. ha riscontrato lesioni tubercolari. Come cause determinanti sono da ricordare la pederastia passiva, il cancro molle dell'ano e specialmente la blenorragia ano rettale, come pure la dissenteria, la bilarziosi e la nocardosi.

Anatomia patologica: Quando la lesione è secondaria ad un cancro essa ha sede a varia altezza, occupa un tratto più o meno lungo del retto, lasciando intatte le pareti intestinali al di sopra e al disotto, mentre nei restringimenti flogistici le lesioni non sono solo limitate ai punti ristretti.

La stenosi è in generale bassa, a 2-6 cm. al disopra dell'ano e presenta forma cilindrica e varia lunghezza; può essere ulcerata. La parete del retto è ispessita. Le lesioni più gravi si trovano nella sottomucosa.

Intorno al retto si trovano spesso delle fistole che partono al di sotto della stenosi e si aprono, per lo più, nella pelle, raramente nella vulva, ed in via eccezionale nella vagina. Contemporaneamente esiste una perirectite.

All'autopsia di tali malati spesso si riscontrano lesioni tbc. dei polmoni e degenerazione amiloide dei visceri.

L'esame istologico fa rilevare l'esistenza di un processo flogistico subacuto.

Studio clinico: La malattia si inizia con una rectite cronica suppurante, poi predominano i sintomi della stenosi. I malati soffrono di meteorismo, borborismi, coliche. In un periodo avanzato, per l'intossicazione cronica, si hanno turbe digestive, e, se persiste la suppurazione, si può avere una degenerazione amiloide dei visceri, spesso si ha cachessia.

Diagnosi: La diagnosi è facile e non è possibile confondere tale lesione con la stipsi semplice, la diarrea dissenteriforme, le emorroidi, una fistola anale.

Prognosi: La prognosi è seria, in rapporto alle complicazioni e alle difficoltà della cura. Si possono avere flemmoni, fistole, suppurazioni rettali. I malati possono vivere fino a più di 20 anni.

Cura: La cura medica se non può dare guarigioni complete può dare miglioramenti accentuati alle volte. La cura razionale è la chirurgica (dilatazione, elettrolisi, elettrocoagulazione, rettotomia interna e esterna, colestemia iliaca, estirpazione del restringimento).

L'A., in base alla statistica operatoria della sua scuola (65 casi), viene alle seguenti conclusioni: e cioè che due metodi operatorii sono da abbandonare: l'amputazione abdomino-perineale (6 casi, 3 morti) per la sua gravità, e l'asportazione per via transanale (2 casi), poichè esistono sempre lesioni della mucosa al disotto del restringimento, per cui l'asportazione non è mai radicale.

All'inizio l'A. ha praticato l'asportazione perineale senza preoccuparsi degli sfinteri, mentre poi ha praticato l'amputazione intrasfinterica.

T. LAURENTI.

Plastica totale dell'esofago col grosso intestino.

(RUDOLF. *Brün's Beit. z. Klin. Chir.*, 147).

Quando in un restringimento cicatriziale dell'esofago grave dopo passaggi di sonde, o trattamento elettrolitico, o sondaggio senza fine con fistola alla Witzel, non si ottiene un miglioramento duraturo bisogna pensare alla formazione di un canale artificiale.

L'A. ha avuto occasione di fare in una giovane di 24 anni una plastica esofagea per mezzo del grosso intestino. Due anni prima

della plastica aveva fatta una fistola per il sondaggio e per l'alimentazione.

La plastica venne eseguita in diversi tempi: il primo venne fatto nel 1927 e consistette, previa laparotomia transrettale, nella resezione del cieco, colon ascendente, angolo epatico e metà prossimale del colon trasverso al disotto delle arcate vasali e della colica media; chiusura a fondo del cieco dell'estremità cecale in corrispondenza del piccolo moncone dell'estremità dell'ileo e impianto di questa estremità cecale nello stomaco; anastomosi latero-laterale dell'estremità dell'ileo alla metà sinistra del colon trasverso. Estirpazione del processo xifoide dello sterno e formazione di un largo tunnel tra pelle e sterno fino all'altezza della clavicola sinistra, nel quale viene introdotta l'ansa del colon mobilizzata facendone uscire il capo da una incisione cutanea trasversa. Chiusura del taglio transrettale senza drenaggio.

Secondo tempo: taglio trasversale nella metà sin. del collo, preparazione dell'esofago cervicale, interruzione, chiusura a fondo cieco del capo distale e abboccamento del capo prossimale alla ferita operatoria 6-8 cm. al disopra dell'apertura del colon; formazione di due lembi di pelle a base mediale fra i due capi e sutura di essi nel senso longitudinale, in modo da formare un tubo che viene unito circolarmente con l'esofago e il colon ricoprendo il tutto con un lembo peduncolato di pelle presa dalla mammella. Il decorso fu buono, eccetto per la formazione di una piccola fistola, che poi si chiuse. In ottava giornata fu iniziata la prova ed il latte passava bene nella nuova via esofagea. Però dopo 3 mesi si formò una stenosi in corrispondenza della plastica cutanea per cui l'A. intervenne ancora escidendo la cicatrice e suturando attentamente l'esofago al canale cutaneo. In seguito chiuse la fistola alla Witzel. Il risultato è stato ottimo, mantenendosi alla distanza di 5 anni e mezzo ed essendosi verificato nella paziente un aumento di 24 kg. del peso corporeo.

R. BRANCATI.

SISTEMA LINFO-EMOPOIETICO.

La linfogranulomatosi.

(ASKANAZY. *Rev. Méd. de la Suisse Romande*, n. 6, 1930).

Il problema del linfogranuloma è sempre all'ordine del giorno, perchè questa malattia si incontra oggi più frequentemente che una volta non sappiamo se per un aumento reale o per una maggiore capacità di diagnosi. L'interesse deriva anche dal fatto che il nostro concetto sul linfogranuloma si va estendendo sempre più, si che, mentre prima si riteneva un'affezione delle sole glandole linfatiche, oggidì sappiamo che possono essere colpiti dal male quasi tutti gli organi del nostro corpo.

Nomenclatura e problema etiologico: l'interesse di questo capitolo risiede nel fatto che forse poche malattie sono state etichettate in modo così vario. Hodgkin riunì in un quadro morboso che da lui prese nome, varie forme tra le quali si trovava probabilmente anche il linfogranuloma. A quell'epoca, circa un secolo fa, le cognizioni anatomiche non erano certo così progredite da permettere una distinzione tra i casi simili: basti ricordare che allora la leucemia non era ancora stata scoperta! Cohnheim introdusse più tardi il termine di *pseudoleucemica*, che regnò a lungo, ma che oggi va radiato dal registro patologico.

In Francia, Trousseau ha creato la sindrome dell'*adenia*, e Billroth ha parlato di *linfoma maligno*. Questo termine fu assai criticato da coloro che negano trattarsi di tumore, ma il termine di maligno si può usare anche quando il tumore non è in causa. Certo questo termine è ancora migliore di quello di *linfosarcoma* adottato da Virchow, che faceva rientrare nei tumori anche i tumori infettivi a germe noto, mentre oggi con il nome di linfosarcoma indichiamo un blastoma a struttura linfatica. Oggi il termine di *linfogranuloma* ha vinto sulle altre denominazioni.

Non meno travagliato fu il problema etiologico: Ebstein e Pell nel 1885 avendo constatato delle pseudo-leucemie con accessi febbrili crearono la denominazione di *febbre ricorrente cronica* pensando ad una genesi infettiva. Il problema entrò poi nel 1888 (Askanazy e Foa) nel mare magnum della discussione sui rapporti esistenti con la tubercolosi.

Askanazy basandosi su un caso personale si sentì autorizzato a dichiarare che esiste una forma speciale di tubercolosi generalizzata dei gangli linfatici che crea il quadro clinico di una pseudo-leucemia febbrile.

L'A. fu colpito da alcuni casi con tendenza spiccata alla necrosi delle proliferazioni e in omaggio a Billroth etichettò questi casi come *linfomi necrosanti*.

Nel 1898 Paltauf e Sternberg pubblicarono il loro lavoro che doveva divenire classico: essi emisero l'ipotesi che il quadro anatomo-clinico della pseudo-leucemia fosse dato da una forma particolare di tubercolosi che si caratterizzava morfologicamente per la tendenza alle necrosi, e per la presenza di cellule voluminose dette giganti che si differenziavano dalle cellule di Langhans, pur presentando numerose forme di passaggio a queste.

Da allora ad oggi non si è mai spenta nè esaurita la discussione sulla eventuale etiologia tubercolare del linfogranuloma. Askanazy nel congresso di Berlino del 1904 sottolineò il fatto che accanto alla forma di pseudo-leucemia tubercolare da lui descritta, in cui la natura tubercolare era evidente, andavano ri-

conosciute altre forme pseudo-leucemiche in cui la natura tubercolare non si rilevava con alcun mezzo. Molti AA. tuttavia ritennero vera la etiologia tubercolare sebbene lo stesso Paltauf rinunciasse a questa opinione.

Fraenkel e Much destarono grande impressione dimostrando la presenza dei granuli di Much in molti organi malati. Ma si cominciò a discutere; primo se questi granuli rappresentassero realmente una forma non acido-resistente del b. di Koch; secondo, se dato che fossero bacilli di Koch, fossero essi veramente l'agente patogeno della linfogranulomatosi o non si trattasse di una coesistenza delle due forme, linfogranuloma e tubercolosi.

Baumgarten e Loewenstein sostennero la genesi tubercolare. Ma il primo di questi AA. nel 1918 cambiò opinione, ed accettò quella di Askanazy secondo cui il linfogranuloma non poteva essere una forma di tubercolosi modificata dal terreno, perchè lo stesso malato era talora colpito contemporaneamente da linfogranuloma e da tubercolosi classica. Anche l'ipotesi che il b. di Koch che causerebbe il linfogranuloma sarebbe di una virulenza attenuata, non è sostenibile perchè il granuloma è più maligno che la tubercolosi tipica a bacilli virulenti.

Tutti i tentativi di inoculazione negli animali comprese le scimmie non portarono risultati di sorta.

Oggigiorno si penserà alla possibilità che si tratti del virus filtrante della tubercolosi, ma molti sono ancora scettici sulla reale esistenza di questo virus. Per altro oggi si segnala come agente possibile una specie di microrganismo che si cataloga tra i corynebatteri, parenti dei bacilli della difterite. Gli AA. americani lo hanno segnalato molte volte negli organi malati e Grumloch lo ha coltivato dal sangue. Ma queste ricerche non sono definitive ed il problema rimane aperto.

Caratteri microscopici: le nostre nozioni istologiche hanno progredito molto di più delle etiologiche. Possiamo così schematizzarle: 1) sconvolgimento della struttura del ganglio sì che non si distingue più la zona corticale e midollare, e in cui i follicoli linfatici sono periti nella alterazione del tessuto. In questi mutamenti ha un ufficio preponderante l'iperplasia dello stroma. Il parenchima linfatico può, all'inizio specialmente conservarsi ed anche proliferare, ma poi finisce col ridursi a causa degli elementi dello stroma in attività progrediente. Più tardi il ganglio si atrofizza e indurisce e risulta attraversato da setti fibrosi che ne rendono irriconoscibile la struttura;

2) le cellule di Sternberg rappresentano il secondo carattere. Esse sono cellule tipiche che van differenziate dalle cellule giganti di Langhans;

3) vi è poi una notevole frequenza di eosinofili; questi talora sono così numerosi da inondare il campo microscopico. La loro presenza facilita la interpretazione d'un altro fenomeno assai frequentemente riscontrabile: i cristalli di Charcot che si trovano sopratutto se si conserva il ganglio estirpato per qualche tempo;

4) le zone di necrosi non sono indispensabili per caratterizzare il quadro istologico, ma sono assai frequenti come piccole isole di necrosi semplice, o jalina o fibrinoide. Le necrosi non parrebbero dovute a disturbi circolatori per occlusioni vasali, ma ad azione diretta dell'agente patogeno;

5) modificazione frequente è la produzione di trabecole jaline e sclerosate derivante da modificazione ed allargamento delle fibrille del reticolo o dei manicotti perivascolari. Si può avere anche una amiloidosi dei gangli.

Quadri anatomo-clinici: 1) il quadro si apre con la tumefazione dei *gangli linfatici* sia superficiali che nascosti in profondità (p. es. retroperitoneali). Spesso vi è interessamento di tutto l'apparato emopoietico, è frequente ma non costante la partecipazione della milza;

2) la *splenomegalia* ha macroscopicamente un aspetto significativo: contiene una grande quantità di nodi più duri del resto del parenchima, che si distinguono per il colore biancastro spesso marmorizzato, e per delle chiazze brune da depositi di emosiderina. È la così detta milza a porfido, o « milza a salsiccia da contadino »;

3) Askanazy ritiene che l'alterazione del *midollo osseo* sia della stessa importanza che quella della milza, sebbene più facile a sfuggire se non si ricerca con cura. Si trovano focolai linfogranulomatosi in varie parti dello scheletro; delle vertebre, delle coste, degli arti e perfino nello scheletro del laringe. Possono somigliare in modo enorme a metastasi neoplastiche; possono accompagnarsi a reazioni ossee opposte cioè, ad osteoporosi infiammatorie e a osteosclerosi.

La composizione del *sangue* non è tipica: esiste leucopemia ed eosinofilia;

4) mentre il linfogranuloma dei *muscoli scheletrici* che si propaga a questo dalle ossa sottostanti ha scarsa importanza, il linfogranuloma del *sistema nervoso* ha assunto in questi ultimi tempi un valore notevole. Ricordo le importanti lesioni delle radici e la pachy- e leptomeningite consecutive a lesioni dello scheletro;

5) tra gli organi interni è degna di nota la localizzazione sul *canale digerente*. Rara è la localizzazione bucco faringea; più comuni quella esofagea dove può mentire un carcinoma, e quelle gastriche ed intestinali. Talora queste sono localizzazioni primitive e magari uniche;

6) molti *altri organi* possono essere colpiti: fegato, reni, polmoni, pleura, laringe, cute, ecc.

Prognosi e terapia: è sempre seria la prognosi sebbene la durata del male possa essere assai variabile, da poche settimane ad anni. Circa la cura, eccetto i transitori vantaggi dati dalla roentgenterapia, essa resta un pio desiderio.

L. Tonelli.

Studi sul linfogranuloma maligno.

(F. D'Arbela e E. Bracaloni. *Riv. Clin. Med.* n. 3-5, febbraio-marzo 1930).

In questo studio ampio e dettagliato vien portato un notevole contributo di casistica e di ricerche per poter gettare qualche luce sulla etiologia del linfogranuloma maligno, da alcuni considerata di origine tubercolare, da altri negata.

Sono riferiti dettagliatamente otto casi di l. m. e sono ampiamente discussi i dati clinici, anatomo-patologici e le ricerche etiologiche. Tuttavia gli AA. si sono limitati a considerazioni di ordine etiologico in rapporto all'infezione tubercolare, senza trarre alcuna conclusione da questo primo studio; in successessive ricerche essi esporranno altri casi di l. m. a decorso tipico e di tubercolosi delle ghiandole a tipo pseudoleucemico, e dalla comparazione di tutte queste osservazioni si potranno trarre gli elementi per ammettere o negare l'etiologia tubercolare del linfogranuloma maligno.

Passando a considerare più specificamente il presente studio, dalle osservazioni emerge che vi sono casi di l. m. a decorso tipico e con tutta la sintomatologia caratteristica di tale malattia, in cui e l'esame clinico e l'esame anatomo-patologico ha potuto escludere l'esistenza di qualsiasi lesione tubercolare. Tuttavia una più minuta e coscienziosa ricerca microscopica di granuli, delle zolle, delle sferule acido-resistenti e dei granuli gramresistenti identificabili forse con forme granulari del bacillo di Koch nelle linfoghiandole non ha potuto escludere la presenza di tali elementi.

Il materiale biopsico di queste ghiandole con diverse modalità è stato inoculato nelle cavie. Mentre in alcune non si è avuta nessuna manifestazione morbosa, altre invece hanno presentato delle lesioni in vari organi che riproducevano l'aspetto di quelle tubercolari atipiche col reperto di granuli acidoresistenti e di bacilli acidoresistenti.

Questi elementi possono lasciare il dubbio che si tratti di veri bacilli di Koch, perchè non si è riusciti a coltivarli, per studiarne i caratteri biologici e differenziali; nè si può imputare ad essi con sicura fiducia la forma morbosa; tuttavia sono degli elementi che possono far sospettare con fondatezza la natura del l. m. e che inducono a continuare le ricerche per stabilire i rapporti che corrono tra queste formazioni e il bacillo tubercolare.

Nel tessuto linfogranulomatoso privo di cellule di Langhans non è stato mai possibile mettere in evidenza dei tipici bacilli tubercolari a forma di bastoncello, i quali d'altra parte erano presenti allorchè esisteva una specifica lesione tubercolare accanto a quella linfogranulomatosa. Ciò farebbe sospettare che vi sia un legame fra tipo di reazione istologica e tipo morfologico del bacillo tubercolare.

Dallo studio anatomo-patologico ed istopatologico dei diversi organi dei casi riferiti, emerge che una elevata percentuale presenta in concomitanza lesioni granulomatose e lesioni tubercolari. Questa concomitanza, secondo il concetto di Lubarsch tenderebbe ad escludere la etiologia tubercolare del l. m. Invece gli AA. con una spiegazione personale cercano di riconoscere nelle due lesioni una stessa etiologia, e di continuare nelle ricerche per l'affermazione di tale ipotesi.

A tale proposito è bene ricordare che sia nella cutireazione sia nella intradermoreazione alla tubercolina non abbiamo un mezzo per avvalorare o negare l'etiologia tubercolare del l. m., perchè spesso esse si presentano negative; dal lato anamnestico degli otto casi, sei presentavano sicure lesioni tubercolari; due erano sospetti per dati personali o familiari.

Per poter portare un contributo alla identificazione etiologica del l. m. sono prese in considerazione: il decorso febbrile, i diversi sintomi, il reperto ematologico, l'aspetto dei linfomi, il comportamento della milza, le condizioni dei diversi apparati organici; ma dal complesso delle osservazioni non emerge alcun elemento che possa ravvicinare dal lato sintomatologico e semeiologico il l. m. ad un processo tubercolare caseoso banale.

Tuttavia questa constatazione se permette di non confondere le diverse forme tubercolari anche ghiandolari dalle forme di linfogranuloma maligno, non infirma il sospetto che tra le due forme morbose vi possa essere un comune nesso etiologico.

L. Carusi.

Su due casi di cloroma.

(P. Emile-Weil, Isch-Wall e Bertrand. *Bull. Soc. Med. d'Hôp.*, n. 24, luglio 1930).

La sindrome che caratterizza il cloroma è costituita da: *a*) tumori ossei di colorito verdastro; *b*) anemia perniciosa; *c*) leucemia acuta. Però questa triade sintomatica non sempre si trova associata, e talora accanto ai tumori ossei, che costituiscono le lesioni caratteristiche del cloroma, si può riscontrare o la solo leucemia o l'anemia.

Il primo caso, riferito dai tre AA. tratta di un cloroma con leucemia acuta; il secondo, ri-

ferito dai primi due AA., tratta di un cloroma con anemia rapidamente mortale.

Il primo caso, classico di aspetto e per l'evoluzione, mostra una leucemia acuta che si è sviluppata con tumori sternali ed ovarici. La leucemia, subito riconosciuta, fu moderata; leucocitosi di circa 30.000 globuli bianchi, solo negli ultimi giorni raggiunse la cifra di 90.000. La diagnosi di leucemia acuta fu fatta per la presenza predominante d'una cellula indifferenziata, da alcuni chiamata mieloblasto, da altri linfoblasto, dagli AA. cellula indifferenziata; cellula che aumentò in rapporto con l'aggravamento del malato. Non vi è differenza tra la formula ematica della leucemia acuta e la leucemia acuta da cloroma.

Se però si considera la lieve leucocitosi cloromatosa e si confronta con l'integrità quasi totale degli organi ematopoietici (non ipertrofia splenica o ganglionare) e l'assenza di proliferazione embrionaria dei centri ematopoietici, vien facile pensare che la leucemia riscontrata nel sangue è il risultato di proliferazioni tumorali e non della proliferazione dei centri ematopoietici.

Da questa osservazione emerge la possibilità di produzione di leucemia da parte di tumori embrionali, senza la benchè minima partecipazione degli organi ematopoietici.

L'altro caso, osservato dai due primi AA., si riferisce ad uomo di 34 anni, il quale dopo un'angina acuta ed una congestione polmonare, presentò pallore, notevole astenia, perdita di tutti i peli, temperatura febbrile, ed un tumore a livello dell'estremità inferiore del cubito. L'esame del sangue mostrò un'anemia perniciosa, con valore globulare superiore all'unità; il fegato e la milza nei limiti normali; non adenopatie.

Si trattava quindi di un'anemia perniciosa ad evoluzione rapidissima, la cui particolarità clinica era la comparsa concomitante di tumori ossei diafisari, e la principale curiosità ematologica un aspetto straordinario dei globuli bianchi, consistente in cellule senza nucleo di grandezza variabile, come nappe protoplasmatiche, con alcuni granuli di cromatina, oppure cellule in negativo, protoplasma bleu alla periferia e con un circolo al centro perfettamente trasparente, eccetto qualche granulo di cromatina fortemente colorato.

Questo caso, che dopo una considerazione diagnostica differenziale, doveva essere classificato come un cloroma, benchè tale diagnosi non sia stata confortata dal controllo anatomopatologico, mostra che il cloroma può accompagnarsi ad una semplice anemia perniciosa, senza che vi sia alcun elemento che possa far ammettere anche la terza caratteristica del cloroma: la leucemia acuta.

L. CARUSI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

GROTJAHN, LANGSTEIN, ROTT. *Ergebnisse der Sozialen Hygiene und Gesundheitfürsorge.* Vol. II. Un vol. di pagg. 500 con 27 ill. Edit. G. Thieme, Lipsia, 1930.

Questo secondo volume della raccolta contiene una serie di lavori importanti su argomenti di attualità di igiene sociale. Sono da citare quelli sulla ereditarietà, sulla visita medica periodica dei sani, sulla mortalità per tubercolosi nell'Inghilterra, sulla lotta contro la prostituzione e l'alcoolismo, ecc.

Ogni argomento è stato trattato da autori particolarmente competenti per essersi già occupati in pubblicazioni precedenti della stessa materia: tutti sono condotti con l'intento di « mettere a punto » la questione con una raccolta completa della bibliografia, in modo da offrire al lettore una rivista sintetica estesa e aggiornata.

P. VALDONI.

G. SANGIORGI. *Per l'educazione igienica del popolo. (Asterischi di medicina politica).* Un vol. in-16° di pagg. 141. Catania, Editoriale Siciliana Tipografica, 1930. Prezzo L. 10.

Il Sangiorgi — che non è solo uno dei nostri migliori igienisti, ma anche uno scrittore vivace e brillante — ha voluto raccogliere, affinchè non andassero dispersi, gli articoli di medicina sociale che è venuto pubblicando con fini propagandistici su periodici varii.

Ne è derivato un volume interessante, poichè prospetta problemi di viva attualità in forma chiara, che si presta mirabilmente alla penetrazione tra il pubblico colto. Anche lo studioso vi troverà da apprendere, poichè le nozioni esposte sono precise, bene aggiornate e bene ordinate.

Il problema della casa, il problema del latte, la difesa contro i più gravi flagelli sociali come la tubercolosi, il cancro e la sifilide, la lotta contro nemici minuscoli ma possenti quali gl'insetti e i topi, e poi ancora il problema dell'influenza, la missione della medicina nelle Colonie, l'opera igienica del Pagliani ecc.: v'è quanto basta a destare e forzare l'attenzione dei lettori.

Nei Paesi più civili, come l'Inghilterra, i migliori studiosi non disdegnano di occuparsi di educazione popolare, anzi ne sentono quasi il dovere. Il Sangiorgi appartiene a questa categoria eletta: studioso serio e profondo, è anche animato da fede e da passione per la propaganda igienica e se ne fa quasi un apostolato, il quale mira al miglioramento della razza.

L. V.

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

CORVISART. *Aphorismes de médecine clinique.* Un vol. in 16° di pag. 115. Masson et C.ie, ed., Paris, 1929. Prezzo 20 frs.

Il Barone Corvisart, noto soprattutto per essere stato il medico di Napoleone, fu, in Francia, il vero fondatore dell'insegnamento della Clinica medica, basata sull'osservazione diretta del malato e controllata dall'esame anatomo-patologico.

Uomo d'azione, dedito alla pratica ed all'insegnamento, egli ha lasciato ben pochi scritti, un paio di traduzioni ed un volume sulle malattie di cuore. Ma ebbe grande simpatia per l'aforisma che a quei tempi dominava (altri esempi furono lo Stoll ed il Boerhave). Gli aforismi di Corvisart vennero raccolti da un allievo, F.-V. Mérat e sono qui pubblicati, ordinati per argomenti (medicina sintomatica, le malattie acute, le malattie di cuore, la tisi, le malattie nervose, i medicamenti, ecc.). Alcuni di essi ci indicano in Corvisart il precursore che, con la sua esperienza serena lottava contro i pregiudizi del tempo; molti altri fissano quei principi generali che sono, direi, eterni per la medicina e che, se anche sembrano dimenticati in certe epoche, risorgono poi ad illuminare la via del medico.

Nella introduzione alle singole sezioni del libro, il dott. P. Busquet, bibliotecario all'Accademia di medicina di Parigi, che ha curato questa edizione, fornisce interessanti spiegazioni su molti aforismi che riflettono le idee mediche del tempo. *fil.*

Erratum.

Dott. D. MAESTRINI. *Il cuore del tubercoloso.* Un vol. in-8°, di pagg. 232, con 107 fig. e 60 tav. intercalate nel testo. L. Pozzi, ed., Roma, 1930. Prezzo L. 30.

Nel Num. 1, p. 24, l. 14, leggere: Il Maestrini è un uomo di cultura medica su base fisiologica.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 28 novembre 1930.

Presidenza: prof. A. FERRATA, presidente.

Un caso raro di tumore primitivo del polmone.

Dott. BACAREDDA A. — Accompagnandolo alla statistica in proposito ed alla descrizione dei tumori primitivi del polmone (esclusi quelli pleurici), passati nell'ultimo trentennio per l'Istituto di Anatomia Patologica dell'Università di Pavia (soltanto 8 su 5777 autopsie), l'O. tratta di un caso di tumore primitivo originatosi dai bronchi, che ebbe un decorso clinico assai lungo, simile a quello di una tubercolosi fibrosa, senza reperto di bacilli nello sputo, che era mucoso, abbondante: negativa anche la ricerca per eventuali miceti. Frequenti le emoftoe, una delle quali causò la morte.

Dalle ricerche isto-patologiche risulta trattarsi di un tumore a lento sviluppo, originatosi dall'epitelio di rivestimento della mucosa bronchiale.

Nelle cellule degli zaffi epiteliali neoformati inizia una metamorfosi mucosa che si fa completa negli strati più periferici. Gli elementi del tumore assumono una disposizione a tuboli ghiandolari contigui, ma l'origine non dovrebbe supporsi nella ghiandole mucose del corion bronchiale, bensì nell'epitelio di rivestimento pr. detto.

Contributo all'anatomia patologica del ganglio semilunare.

BROVELLI M. — L'O. ha raccolto ed esaminato i gangli semilunari di 26 cadaveri. In due casi di avvelenamento acuto da sublimato corrosivo riscontrò intensa congestione, con degenerazione vacuolare delle cellule nervose. In un caso di avvelenamento acuto da acido cloridrico, notevole congestione e fatti regressivi cellulari. In un caso di cloroma, lievi infiltrazioni periferiche del ganglio da parte di elementi cloromatosi e gravi alterazioni delle cellule gangliari. In un caso di leucemia acuta emocitoblastica il ganglio era infiltrato dagli elementi leucemici, con degenerazione vacuolare delle cellule nervose. In due casi di tifo addominale, modica reazione infiammatoria. Su cinque casi di neoplasmi viscerali con metastasi, in tre si osservavano reazioni a distanza (fatti regressivi); nel quarto il ganglio era avvolto, ma non infiltrato dal neoplasma, con notevole appiattimento degli elementi nervosi; nell'ultimo il ganglio era avvolto e invaso dal tessuto neoplastico, con gravissime alterazioni degli elementi gangliari. In due casi di eclampsia edema interstiziale, tumefazione torbida e vacuolizzazione delle cellule gangliari. In un caso di ileo paralitico, in un soggetto di 30 anni, sclerosi con forte pigmentazione. In un caso di stenosi congenita del piloro, forte congestione, aumento degli elementi interstiziali e alterazioni cellulari. Alterazioni varie in casi di: Addison, setticemia, trombosi della vena renale, glioma del 3° ventricolo, distrofia adiposo-genitale, pol'pr-romenite pregressa, ileo paralitico, nefropatie, ecc.

Contributo all'anatomia patologica del dotto toracico.

BUTTURINI LUIGI. — Ha esaminato il dotto toracico in una cinquantina di autopsie di individui morti per cause svariate; dei casi osservati meritano speciale riassunto sei nei quali le alterazioni presentano maggiore interesse. In tre casi di cancro il dotto era invaso dagli elementi neoplastici, dapprima liberi nel lume, poi formanti vegetazioni che occludevano completamente il canale. In un caso di sarcoma si osservava aderente al vaso una grossa linfoghiandola, invasa dalla neoplasia, nella quale il processo morboso, superata la capsula, infiltrava l'avventizia e, in qualche punto, anche la muscolare del dotto. In un caso di cloroma il vaso era completamento obliterato dal tessuto neoplastico: la circolazione però era ristabilita da vasi linfatici minori collaterali dilatati, anch'essi colpiti dal processo morboso. Infine in un caso di leucemia acuta emocitoblastica si notava una notevole infiltrazione nell'avventizia del dotto ed anche focolai a strie nella tonaca muscolare. In un tratto del dotto si potevano osservare anche elementi leucemici liberi dentro il lume.

Contributo allo studio istopatologico dei vasi della milza.

FERRARI GIOVANNI. — In 70 milze di morti per leucemie, tubercolosi, sifilide, morbo di Banti, polmoniti, tumori, ecc., in casi di infarti e in animali operati di legatura dei vasi splenici, studia particolarmente le alterazioni vasali, ne riconosce la frequenza grande e la varia natura; interpreta i noduli di Gamna come aree necrotiche del tessuto connettivo impregnate di sali di ferro e di calce senza carattere specifico.

Osservazioni sul granuloma coccidioide e sul Coccidioides immitis.

TIMPANO MARIO. — L'O. ha riassunto il quadro clinico, anatomo-patologico, ed i mezzi diagnostici del granuloma coccidioide. Ha fatto uno studio botanico e citologico del Coccidioides immitis; l'ha inoculato nei comuni animali da laboratorio, osservando in essi una diversa recettività, maggiore nel ratto, e deducendo che il ciclo del parassita dipende dallo stato di recettività del tessuto animale e quindi dalla forma d'infiammazione, contrariamente all'ipotesi di Jacono, che pone un diverso quadro anatomo-patologico come conseguenza di diversi cicli del parassita.

Dott. F. RICCI.

Ospedale Maggiore di Novara.

Seduta del 6 novembre 1930.

Presidente: prof. LUIGI BACIALLI.

Sui traumi della base cranica e sulle loro prognosi.

Prof. CARLO FELICE BIANCHETTI (Domodossola). — La mortalità per frattura della base cranica varia secondo gli AA., ma è generalmente ritenuta assai alta (circa il 45-50 %). L'O. sostiene, in base alla sua statistica collaborata da quella di altri chirurghi, che nelle fratture ordinarie classiche la mortalità non sorpassa l'8, il 10 %.

L'alta mortalità non è data dalla frattura in se stessa, ma dalle gravi lesioni cerebrali coesistenti, emorragie, spappolamenti, contusioni gravi, per cui devesi fare una netta distinzione tra lesioni del contenente e del contenuto. Nelle gravi lesioni cerebrali la frattura della base non rappresenta che un epi-fenomeno, il più delle volte di modica entità, cui non va imputata per nulla la causa di mortalità; e il parlare di morte per frattura della base cranica rappresenta per l'O. una grave inesattezza, che deve essere corretta per non ingenerare inutili confusioni diagnostiche e prognostiche. Mette in rilievo come il rapporto fra lesione della scatola cranica e del contenuto sia in dipendenza della modalità con cui il trauma ha agito; nei casi in cui le lesioni scheletriche basali siano accompagnate da puri fenomeni commotivi o leggermente contusivi (il che avviene nella gran parte dei casi perchè altrimenti la morte è immediata o quasi, donde l'alta percentuale di mortalità delle statistiche in cui non si fanno distinzioni) l'indice di mortalità è bassissimo e con opportuna terapia si può avere la completa guarigione del traumatizzato.

Prof. DANTE BOCCI. — Vede molti casi di frattura che realmente non danno conseguenze che vengono generalmente rilevate dagli autori. Molte volte le fratture decorrono senza gravi conseguenze e specie in ragazzi decorrono quasi inosservate. Perciò concorda col prof. Bianchetti sull'idea che altro è frattura della base cranica, altro è frattura con lesioni non tanto gravi.

Dott. P. COSTANTINI. — Rileva che le considerazioni del prof. Bianchetti per quello che riguardano la mortalità dei fratturati della base cranica collimano colle sue osservazioni. La statistica dei soli casi darebbe una mortalità del 10 % e anche in questi casi di morte vi è sempre stata una sintomatologia fortemente cerebrale. Talvolta le complicanze cause di morte sono state a carico dell'apparato respiratorio favorite da perfrigerazione avveratesi nei sinistrati che erano rimasti, per molte ore, specie nelle disgrazie stradali, abbandonati a se stessi prima di venir soccorsi. Chiede al prof. Bianchetti qualche schiarimento sul trattamento dei fratturati. Egli si trova molto bene in un trattamento essenzialmente calmante con iniezioni di morfina e coi soliti soccorsi a base di ipodermoclisi, vesciche di ghiaccio, ecc.

Il prof. BIANCHETTI risponde al dott. Costantini circa la terapia da lui usata; dà la massima importanza al riposo assoluto del paziente e all'impiego di narcotici e sedativi quando questi presenti sintomi di agitazione esagerata. Puntura lombare nella sintomatologia ipertensiva, ma non subito dopo il trauma: la evita quando si sospetti un ematoma della fossa occipitale. Terapia disidratante con fleboclisi e rettoclisi di soluzioni ipertoniche di cloruro sodico e di solfato di magnesio: evita la eccessiva disidratazione per non incorrere in fatti di ipotensione, d'altronde facilmente emendabili.

Sulla chirurgia conservatrice dei tumori dell'utero.

Prof. LUIGI BACIALLI. — L'O. riferisce la sua recente esperienza di miomectomie e di enucleazioni eseguite nel reparto ginecologico della Scuola Ostetrica di Novara: da ciò prende occasione per analizzare le diverse indicazioni di tale atto operativo e le relative controindicazioni, intrattenendosi particolarmente sulla Röntgenterapia.

Dal complesso delle sue osservazioni risulta che questa terapia conservativa dei tumori fibrosi dell'utero all'infuori di una concomitante gravidanza presenta reale vantaggio, sia per dare alla donna la possibilità di ulteriori gravidanze, sia per ridarle una normale funzione mestruale. Insiste però sul fattore *indicazione*, fattore che non è sempre stato strettamente osservato e che ha di conseguenza molto spesso diminuito l'effettivo valore della miomectomia e dell'enucleazione stessa.

Prof. PONZIO. — Si associa al prof. Bacialli nel ritenere che si debba essere, nel criterio di direttiva terapeutica, in intima collaborazione radio-chirurgica. Ritiene che fra i casi che di elezione debbono esser sottoposti a cura radiologica, siano da scegliersi quelli a fibromatosi interstiziale multipla i quali possono facilmente giungere ad involuzione dei nodi pur conservando un'integrità delle pareti, tale da permettere ulteriore regolare gravidanza come in casi personali osservati.

Dott. P. COSTANTINI. — Riferisce un caso di miomectomia in donna gravida di tre mesi in cui si è accinto all'operazione che è riuscita bene con l'asportazione di tre nodi fibromatosi di cui uno sessile grande come un grosso mandarino. La donna aveva abortito due volte per causa probabile della fibromatosi e si è intervenuti nella speranza di scongiurare un nuovo aborto di cui si erano già accennate le avvisaglie. La donna è guarita ma l'aborto è avvenuto in sesta giornata e si dovette procedere alla rimozione strumentale della placenta. Si ebbe ottima guarigione. Richiede il parere dell'O. su di un caso simile se si dovesse ripetere.

Prof. BACIALLI risponde: a Ponzio che non esclude si siano verificati casi di insorta gravidanza dopo terapia fisica in uteri fibromatosi. È necessario però ammettere che tali nuclei fibromatosi fossero di modico volume, in parte peduncolati e comunque non interessanti la cavità uterina. Ritiene però, anche in base alla lunga esperienza dei clinici attuali, che in caso di fibromatosi uterina e per meglio dire in casi di fibromi multipli del corpo uterino la terapia più logica sia quella chirurgica che per altro stesso non può limitarsi alla complice conservativa.

A Costantini che la direttiva seguita nel suo caso riferito, è perfettamente logica e che l'aborto avvenuto è una delle conseguenze che con una certa percentuale tutti hanno constatato. Unica riserva si sarebbe potuta fare nell'*attesa*, e ciò per salvaguardare la vita del feto.

La cura degli empiemi nell'infanzia con l'optochina.

Dott. L. GREPPI. — L'O. richiamando quanto già ebbe a comunicare lo scorso anno a Torino al Congresso Italiano di Pediatria a proposito di quattro casi di empiemi curati con l'optochina, riferisce su otto nuovi casi trattati con tale metodo. Egli mette in evidenza l'efficacia di questa terapia che in sei dei casi trattati ha portato ad una guarigione completa, senza intervento operativo. Due casi ebbero esito letale, secondo il parere dell'O., per la eccezionale gravità della malattia. In uno infatti l'infezione era dovuta a streptococchi che notoriamente dànno sempre una percentuale altissima di mortalità e nello stesso tempo vi era una bronco-polmonite dell'altro polmone.

L'altro riguardava un lattante che era stato portato in condizioni gravissime all'Ospedale e il liquido estratto, pochissimo corpuscolato, con scarsi pneumococchi, aveva odore fetidissimo. Dopo alcuni accenni alla tecnica adoperata, egli in base alla sua casistica, senza volersi addentrare nel complesso problema sull'efficacia esclusiva o meno dell'optochina endopleurica, raccomanda caldamente tale terapia non precludendo essa assolutamente un ulteriore intervento chirurgico in caso di insuccesso, che però l'autore non ebbe mai a verificare per i suoi casi.

Prof. PIERO FORNARA. — Mette in evidenza come la prognosi infausta dell'empiema della prima infanzia debba in gran parte mettersi in rapporto con la batteriologia di questi empiemi che in questa età sono più spesso streptococcici che pneumococcici e come tali molto più gravi.

Nota la relativa rarità dello spostamento del mediastino negli empiemi infantili; invece si osserva spesso, durante la cura dell'aspirazione del pus, uno spostamento del mediastino che viene stirato verso il lobo dell'empiema con deviazione scoliotica della colonna vertebrale a convessità verso l'empiema. Tali scoliosi scompaiono completamente in poco tempo. Nota la frequenza con cui nella cura dell'aspirazione degli empiemi possa formarsi un pio-pnemotorace che però non è affatto nuovo in tali casi.

Dott. C. GARAMPAZZI. — Conferma i risultati enunciati dal dott. Greppi avendo osservato direttamente alcuni casi trattati dal suo aiuto dott. Micotti che è anche incaricato della chirurgia dei bambini: non sa dire se siano attribuibili i risultati allo svuotamento ripetuto o al lavaggio pleurico. Gli svuotamenti parziali fatti colla puntura minacciano anche meno di produrre rapide deviazioni del mediastino colle conseguenze che queste possono avere sul circolo dei vasi dell'ilo per inginocchiamento.

Il Segretario: Prof. R. RINALDI.

Società Medico-Chirurgica della Romagna.

Seduta del 23 novembre 1930.

Presidenza: prof. F. GIUGNI.

Sulle cisti del paraovaio.

SILVESTRINI L. — L'O. ricorda che in questi ultimi anni ha avuto occasione di osservare quattro casi di cisti del paraovaio, due volte durante un atto chirurgico praticato su altri organi, due per un intervento fatto di proposito.

Illustra questi due ultimi casi, in cui si trattava una volta di una grossa cisti a peduncolo ritorto nella cavità addominale, un'altra di una cisti paraovarica pure a peduncolo ritorto, rimasta incarcerata in un sacco erniario dell'orificio crurale di destra.

Un'epidemia di eritema infettivo (quinta malattia).

GALLI P. — Il quadro fenomenico, che l'O. descrive, presentato dai suoi ammalati, faceva nettamente escludere le altre forme esantematiche (scarlattina, morbillo, rubeola, quarta malattia) e i diversi eritemi tossici o medicamentosi.

Ad eccezione di due donne, i 45 malati osservati furono tutti bambini sotto i 10 anni, i quali

avevano avuto in precedenza questo o quello dei comuni esantemi dell'infanzia.

Tale epidemia, che dominò nei mesi di marzo, aprile, maggio corr. anno, non coincise con altre forme esantematiche, come ordinariamente si ammette. Incubazione da 2 a 10 giorni: durata media 1-10 giorni; prognosi buona.

Le ricerche ematologiche eseguite dall'O. hanno messo in chiaro un dato positivo (aumento degli eosinofili) e due negativi (assenza di plasmacellule e di elementi azzurrofili). L'eosinofilia, comune ad altre malattie infettive, tossiche e costituzionali, non è elemento solido su cui poggiare la diagnosi; ma l'assenza di plasmacellule esclude la rubeola e l'assenza degli azzurrofili esclude il morbillo.

L'O. conclude coll'affermare che la *quinta malattia* è un'entità nosologica ben distinta e definita.

GIUGNI F. — A proposito del segno del laccio, che il Galli afferma non esistere nella quinta malattia, per cui questa si distingue dalla scarlattina, segno che va nei Trattati col nome di *segno di Rumpell-Leede*, l'O. rivendica al Frugoni e a se stesso la priorità di questo sintoma, la cui ricerca eseguirono fino dal 1907 nella Clinica di Firenze, e ne pubblicarono i risultati in alcuni giornali, compresa la *Semaine Médicale*.

Un caso non comune di traumatologia toracica.

LORETI M. — L'O. riferisce di avere osservato e curato una donna, la quale cadendo da un albero, riportò nella regione inguinale d. una ferita prodotta da una canna piantata nel terreno. La ferita non era penetrante in cavità add. e solo apparivano lesi i tessuti superficiali fino all'aponeurosi muscolare esclusa. Dopo alcuni giorni di degenza in ospedale la P. presentò sintomatologia toracica a d. e cioè dapprima emotorace e successivamente empiema. Si eseguì la toracotomia, e in mezzo a grande quantità di pus si trovò un pezzo di canna della lunghezza di 7 centimetri.

L'O. espone alcune spiegazioni e considerazioni sul probabile percorso seguito dal pezzo di canna, e cioè dalla regione inguinale d. alla cavità toracica omonima.

Sulle cisti da echinococco della milza.

MORO G. — Osservazioni di due casi (in uno dei quali si aveva intensa eosinofilia dell'essudato pleurico) trattati l'uno con la splenectomia, l'altro con la splenostomia.

Traumi e cancro.

FASINI V. — Fa la storia della questione, riporta un caso clinico dimostrativo e conclude che vi sono casi ben accertati clinicamente in cui il trauma può avere valore oncogenetico o per una disposizione dei tessuti colpiti (organi più ricchi di sangue per disposizione anatomica e soggetti fisiologicamente a frequenti iperemie) o per una peculiare qualità del trauma stesso, sostenendo che gli effetti di un trauma acuto non si esauriscono subito, ma possono perdurare, come ne fà fede nel caso presentato, il testimonio anatomico riscontrato e la necroscopia fra diaframma e fegato, che, come lesione riportabile a l'infortunio, l'organismo non aveva ancora riparato al momento in cui la donna venne a morte per la malattia epatica.

Presentazione di operati in notevole importanza.

SOLIERI S. — 1) Falso aneurisma dell'A. poplitea (allacciatura dell'A. femorale all'anello degli adduttori ed estirpazione della sacca aneurismatica) con conservazione dell'arto. Determinato da infortunio sul lavoro.

2) Due operati di ileo-sigmoidostomia con esclusione totale del colon guariti con ottima funzione intestinale, l'uno per megadolicosigma determinato da una aderenza congenita dell'estremo inferiore del meso del sigma col meso dell'ultima ansa dell'ileo, l'altro per occlusione secondaria sul colon trasverso da mesenterite retrattile del meso di questo, comparsa nel decorso immediato di una gastroenterostomia posteriore transmesocolica alla V. Hacker. La donna presentava dolicocolon congenito. Un tentativo di lisi delle aderenze fatto sulla sede del primo intervento era riuscito inefficace. *Il Segretario*: Dott. PAOLO GALLI.

Società di Cultura Medica della Spezia e Lunigiana.

Seduta del 28 novembre 1930.

Presiede il prof. dott. RINALDO CASSANELLO

Sopra alcuni casi di chirurgia del coledoco.

Prof. dott. METELLO FRANCINI. — L'O., a proposito di alcuni casi di calcolosi del coledoco da lui operati, si intrattiene particolarmente sulle modalità operatorie, mettendo in evidenza i vantaggi della coledocotomia sopra duodenale, non seguita da sutura del coledoco, nella cui breccia operatoria egli si limita a mettere un sottile drenaggio di garza che dopo qualche giorno leva per drenare, nei primi giorni dopo l'operazione, il liquido biliare attraverso la ferita operatoria all'esterno.

Quando non è possibile la coledocotomia sopraduodenale, l'O. pratica la transduodenale; in qualche raro caso ha dovuto praticare la colecistoenterostomia, per la chiusura completa del coledoco, cercando di fare cadere l'anastomosi più in alto possibile nell'intestino (duodeno) per evitare la colangioite settica che non manca quasi mai nelle anastomosi basse (nel crasso) per il contenuto fortemente settico di questa parte dell'intestino.

L'O. riferisce e presenta il pezzo patologico di un interessante e molto raro caso di *cisti da echinococco dell'appendice*.

Presentazione di un malato colla sindrome di Collet e Sicard. (Paralisi del IX, X, XI, XII paio di nervi cranici).

Dott. ARDUINO BRONZINI. — Individuo cinquantenne che sin dall'infanzia soffre di cefalea intensa e da due anni di attacchi epilettici. Da due mesi presenta la sindrome citata; etiologia sconosciuta. I muscoli presentano la reazione degenerativa. Secondo l'O., la lesione deve risiedere all'altezza del foro lacero-posteriore (IX, X, XI e del foro condiloideo XII).

Le fratture isolate delle epifisi.

Dott. OLIVIO PELLEGRINI. — Presentazione di due casi. L'O. esprime l'opinione che si debbano imputare, quale meccanesimo d'azione, delle forze che agiscono indirettamente sulla massa epifisaria senza determinare lesioni scheletriche collaterali.

Il Segretario: Dott. DOMENICO ROLLAND.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

L'esplorazione clinica del pancreas con l'iniezione endovenosa di secretina purificata.

La mancanza di mezzi di laboratorio sicuri per studiare la secrezione esterna del pancreas, ha fatto fino ad ora limitare il concetto diagnostico della lesione dell'organo, dal punto di vista della secrezione stessa, alla constatazione dei segni di dispepsia intestinale. In tale sindrome, tuttavia, non si sa quanta parte sia da attribuire al pancreas e quanta alle ghiandole addominali.

M. Chiray, A. Jandel e A. Salmon (*Presse méd.*, n. 58, 1930), fatta l'esposizione e la critica di tali mezzi di laboratorio, basati sull'esame chimico delle feci, del sangue e delle urine, nonchè sul succo duodenale estratto con la sonda di Einhorn, descrivono un loro nuovo metodo.

Partendo dalla premessa che, per azione del chimo acido, la mucosa intestinale fabbrica un fermento: « secretina », il quale passando nel sangue, giunge alla ghiandola pancreatica eccitandone la secrezione esterna, essi hanno studiato l'andamento di tale secrezione, usando appunto la secretina.

Questo prodotto, ottenuto purificato, viene iniettato nelle vene in dose di 2 fiale (16 mgr. di secretina) dopo che, introdotta la sonda di Einhorn, si è provocata la fuoruscita della bile per mezzo della consueta soluzione di solfato Mg. 33:100.

Raccogliendo allora il succo pancreatico ogni 5 minuti, vi si studia, coi metodi adatti, la quantità di lipasi e di tripsina in esso contenuta.

Procedendo in tal modo, gli AA. hanno constatato che l'azione della secretina è indiscutibile, e che la densità enzimatica provocata è assai netta.

Con numerose ricerche hanno infine stabilito che il metodo dà preziose indicazioni diagnostiche nei vari casi patologici.

Uno svantaggio della prova sarebbe rappresentato dal fatto che l'ormone esercita una certa azione anche sulla cistifellea, diguisachè, in qualche caso in cui questa non sia stata svuotata completamente all'inizio, il succo ottenuto può defluire mescolato ad un poco di bile.

M. FABERI.

CASISTICA.

Studi clinici e patologici sulla nefrosi.

Welbach e Blackfan (*The Amer. Journ. of the Med. Sciences*, ott. 1930) comunicano 8 casi di nefrosi in bambini, studiati clinicamente e anatomopatologicamente. Due casi erano clinicamente tipici, mentre negli altri c'era qualche deviazione dal quadro ritenuto tipico, e precisamente in uno c'era qualche eritrocito nelle urine, in un altro ci fu un aumento iniziale della pressione sanguigna divenuta poi normale, in uno c'era modico aumento della pressione sanguigna e modica iperazotemia. In tutti i casi anatomicamente c'era degenerazione tubulare. Gli AA. hanno trovato del tessuto cicatriziale in sostituzione dei tubuli necrotizzati; questo fa pensare che anche la nefrosi possa condurre al rene grinzo. In due casi si notò nella tiroide assenza di sostanza colloidale, atrofia e desquamazione delle cellule epiteliali e notevole ingorgo vascolare. Nei riguardi del fegato si ebbe in 4 casi notevole aumento di peso, con riduzione di volume delle cellule epatiche.

R. LUSENA.

Lipuria e nefrosi lipoidea.

Bergel (*Mediz. Klin.*, n. 29, 1930) ricorda che si può avere lipuria nell'avvelenamento da fosforo e da sublimato, nell'alcoolismo cronico, nel diabete mellito, nelle lesioni traumatiche del midollo, nella nutrizione troppo ricca di grassi.

In genere alla lipuria fa riscontro la lipemia, a meno che non si tratti di chiluria.

L'urina contiene normalmente una piccola quantità di grasso; anche quando esso aumenta è assai difficile che si faccia macroscopicamente visibile. Munk e Ridder ne hanno descritti 2 casi in nefrotici.

Anche l'A. ne ha osservato uno, e riporta rapidamente la sua storia: si trattava di un uomo di 22 anni, con albuminuria, lipuria, edemi, non aumento della pressione nè ipertrofia di cuore: l'etiologia era oscura. La somministrazione di fegato a scopo terapeutico riuscì dannosa, aumentando notevolmente l'eliminazione del grasso per le urine, onde fu sospesa.

Furono invece somministrate con vantaggio l'istamina e la tiroidina.

La lipemia e la colesterinemia erano molto elevate: forse il fegato è dannoso per il suo contenuto in grassi e in colesterina.

V. SERRA.

Contributo alla conoscenza del carcinoma primitivo dell'uretere.

L'affezione è molto rara; oltre i due casi riferiti sono stati descritti in tutta la letteratura 41.

Secondo Klages (*Zeit. f. Urol. Chir.*, vol. 28, 413, 1929) la sintomatologia è compendiata dalla triade seguente: dolore, emorragia, tumefazione.

Il dolore è accusato variamente e in genere è in relazione all'idronefrosi consecutiva, quasi sempre è localizzato nella fossa iliaca con irradiazioni verso il pube.

L'emorragia è a carattere intermittente comparendo e cessando senza causa; spesso è con-

secutiva alla palpazione. Quasi sempre il tumore è stato palpabile, il che, se ha valore per la diagnosi, è un segno prognosticamente infausto.

La cistoscopia è utile alla diagnosi nei casi a localizzazione iuxta-vescicale, negli altri ha maggior valore l'ureterografia e specie la pneumoureterografia.

I casi dell'A. sono stati osservati all'autopsia. Nel primo il tumore, dall'uretere aveva invaso la vescica, nel secondo era localizzato alla parte media e contemporaneamente si era trapiantato in diversi punti della mucosa vescicale. P. VALDONI.

Ectopia uretrale dell'uretere nella donna, senza incontinenza.

D. M. Davis (*The Jorun of. Urol.*, aprile 1930) osserva che un uretere ectopico con sbocco uretrale nella donna e senza incontinenza è una eventualità rarissima e costituisce un'autentica difficoltà diagnostica. L'A. riferisce un caso capitato alla propria osservazione, in cui esistevano due ureteri a d., di cui uno sboccava nell'uretra al disopra dello sfintere esterno, per cui veniva impedita qualsiasi perdita involontaria di urina. Lo sbocco ureterale ectopico, per mezzo di un uretere dilatato si originava nella metà superiore di un rene destro doppio pionefrotico. Questi casi presentano una particolare difficoltà diagnostica, perchè, se s'infetta il rene con lo sbocco ectopico, avremo dall'esame dell'urine totali e dall'esame clinico generale i segni di una suppurazione renale, mentre la raccolta separata delle urine dagli ureteri, che sboccano normalmente in vescica, da urine normali. Donde il precetto clinico di pensare sempre alla possibile presenza di uno sbocco ureterale in ectopia uretrale tutte le volte che dall'esame generale e delle urine totali appare una suppurazione renale, mentre le urine raccolte direttamente dai meati ureterali normali si dimostrano chiare e limpide, in assenza però di qualsiasi lesione vescicale e dell'uretra posteriore, che possa di per sè sola spiegare la piuria. V. LOZZI.

TERAPIA.

L'elettroterapia nella debolezza cardiaca.

Nella debolezza cardiaca, l'elettroterapia non può agire direttamente sul cuore stesso, ma deve portarsi sui nervi periferici, eccitando i vasomotori e, di riflesso, la circolazione periferica, in modo da alleviare il lavoro del cuore. L'eccitazione dei vasomotori deve farsi o per stimolazione diretta degli elementi vasomotori dei capillari e delle arteriole oppure utilizzando l'arco riflesso cutaneo (axonreflex).

Si utilizzano sopratutto i bagni elettrici che permettono un'eccitazione elettrica diffusa della superficie cutanea. Si incomincia, di solito, con bagni faradici deboli, che sono da considerarsi come lo stimolo più lieve e si procede gradatamente a più forti correnti faradiche e galvaniche ed anche eventualmente a bagni con corrente alternata sinusoidale.

Il medico, consiglia giudiziosamente L. Mann (*Med. Welt*, 23 ag. 1930), non deve lasciare il malato al personale dei bagni, ma deve sorvegliare egli stesso l'effetto, tanto più che vi sono delle reazioni nettamente individuali, per cui l'effetto di tali bagni è diverso dall'uno all'altro.

Accanto ai bagni, si deve anche menzionare la semplice galvanizzazione del cuore, mediante una grande placca alla regione cardiaca ed una seconda alla schiena od al collo (5-10 m. Amp., per 10-15 minuti). Probabilmente, anche in questo caso, si tratta di un'eccitazione dei vasomotori che, portata nella regione cardiaca, esercita delle azioni collaterali sui vasi dello stesso cuore, per cui viene migliorata la nutrizione di questo. Le stesse considerazioni valgono per la faradizzazione della regione cardiaca e l'applicazione della scintillazione o degli effluvi ad alta frequenza.

L'arsonvalizzazione e la diatermia generale appartengono alle misure adatte ad abbassare la pressione sanguigna. Si deve poi anche menzionare la diatermia locale che agisce sopratutto nella sclerosi incipiente delle coronarie, in cui l'azione profonda del calore elimina lo spasmo delle coronarie e migliora la circolazione cardiaca permettendo di influenzare in modo benefico la incipiente lesione miocardica.

Trattasi di metodi realmente basati sulla fisiologia, che non agiscono per suggestione.
fil.

L'insulina per la nutrizione del cuore dei cardiaci.

Il cuore normale trova, nel liquido che lo bagna, la quantità di glucosio necessaria per i bisogni del consumo e della riserva; ma nel cuore malato le condizioni non sono certamente le stesse ed in tal caso può intervenire l'insulina, la quale regola la sintesi come la degradazione dei carboidrati.

In base a tali considerazioni, M. Loepere, A. Lemaire e R. Degos (*La Presse médicale*, 8 ott. 1930) hanno sperimentato l'azione dell'insulina nei cardiaci somministrandola da sola o con i consueti rimedî cardiaci. L'insulina veniva iniettata quotidianamente, per 6-10 giorni alla dose di 5-10 unità (le dosi più forti si possono dare agli ipertèsi per 1-2 giorni consecutivi). Dopo 15-20 minuti dall'iniezione si somministravano 100 grammi di soluzione di glucosio al 50 %. All'iniezione seguiva la sensazione di stanchezza, rapidamente sostituita da quella di resistenza alla fatica.

I risultati sul sistema circolatorio compaiono soltanto alla terza iniezione.

Somministrata da sola in individui affetti da

malattia mitrale con insufficienza funzionale, si vide cedere la dispnea alla seconda iniezione ed in seguito, l'aritmia e stabilirsi la poliuria.

In altri individui in cui erano stati usati con scarso successo i medicamenti cardiaci, l'insulina ha aumentato l'azione di questi in modo evidente.

Così pure, per altri affetti da aortite sifilitica, l'insulina fece sopportare bene la cura mista idrargirico-bismutica.

L'insulina mancò di effetto in un caso in cui comparve una broncopolmonite acuta ed in un altro, in cui si ebbero accidenti uremici.

L'insulina appare quindi capace di migliorare l'insufficienza cardiaca, di qualsiasi origine e rinforza manifestamente l'azione dei medicamenti cardiaci rendendola anche più durevole, dimostrandosi un medicamento notevole per le aritmie. *fil.*

L'efficacia della soluzione di strofantina in commercio.

In seguito alla denunzia di un clinico, e per ordine del Ministero dell'Interno, il direttore dell'Istituto Farmacologico di Bonn, Führer (*Deut. med. Woch.*, 41, 1930), ha compiuto un'accurata inchiesta sull'efficacia dei vari preparati di strofantina attualmente in commercio in Germania.

Varie fabbriche cliniche e molte farmacie hanno sottoposto all'indagine i loro preparati; la strofantina cristallizzata « g » Güstron si è mostrata più efficace della « k » amorfa Boeringer nell'iniezione sottocutanea alla rana, meno efficace sul cuore isolato della rana stessa. In pratica però, nell'iniezione endovenosa dell'uomo, i due preparati vanno considerati di uguale efficacia.

Alcune ampolle invece hanno mostrato una diminuzione notevole della loro efficacia, fino a 1/2 e a 1/3; in questi casi si trattava, non già di ampolle vecchie, ma di ampolle sterilizzate all'autoclave: certo la strofantina è danneggiata dal riscaldamento delle sue soluzioni sotto alta pressione.

E' quindi utile sottoporre le soluzioni di strofantina, prima di porle in commercio, ad una indagine farmacologica. V. Serra.

Il trattamento della sifilide aortica e cardiaca.

La convenienza di trattare con gli arsenobenzoli l'*angina pectoris*, anche se questa si è sviluppata sulla base di una sifilide, è discutibile.

In un caso descritto da A. Meyer (*Münch. med. Woch.*, n. 22, 1930), dopo le iniezioni di salvarsan, si ebbero degli accessi anginosi, che devono essere considerati come reazioni di Herxheimer, in uno di essi, il paziente morì. In un altro caso, in cui il paziente veniva trattato mediante il neosalvarsan, per un'aortite luetica, la reazione di Herxheimer si ebbe non già al cuore, ma al cervello, ed il paziente morì per encefalite emorragica.

Questo però non deve significare che si deve escludere il trattamento arsenobenzolico in tali pazienti, ma che esso deve essere preceduto da una cura blanda di mercurio, per frizioni, o di bismuto, e, nel tempo stesso, con jodio. *fil.*

Iniezione endovenosa di morfina nella trombosi delle coronarie.

Frewen Moor (*The Lancet*, 1° nov. 1930) fu chiamato d'urgenza presso un malato che aveva dolore retrosternale che non si era calmato coll'uso del nitrito di amile. Un'iniezione sottocutanea di morfina fu inefficace. Egli allora ha iniettato la morfina nelle vene. In mezzo minuto il paziente si calmò avvertendo solo lieve senso di oppressione nella parte alta dello sterno. Egli si addormentò subito e si svegliò dopo sei ore. Il senso di malessere retrosternale durò tre giorni ma non richiese altra morfina. Nei giorni seguenti l'attacco fu notata febbre, ci fu aritmia che faceva pensare a fibrillazione auricolare e comparvero sfregamenti pericardici e il malato migliorò progressivamente nelle settimane successive. Per questi sintomi l'autore crede di poter fare la diagnosi di trombosi delle coronarie. R. Lusena.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Colorazione del bacillo tubercolare con colori violetti. — Al dott. C. T., da T. s. A.

Non conosco il metodo di colorazione di Loiti. Diversi procedimenti di colorazione del bacillo tubercolare con colori violetti sono stati proposti, adatti specialmente per i daltonici. Non si ottengono però risultati sicuri e, spesso, i bacilli colorati in viola non sono affatto tubercolari. Riporto qui alcuni di tali metodi.

1) *Metodo di Herman.* La miscela mordente-colorante è costituita da 3 parti di una soluzione di carbonato di ammonio all'1 % con una parte di soluzione (al 3 % in alcool a 95°) di cristalvioletto (Metilvioletto 6 B). Si scalda fino a formazione di vapori, si lascia agire per un minuto. Decolorazione in acido nitrico al 10 %, per alcuni secondi. Lavare in alcool a 95° fino a che il preparato sia blu chiaro; lavare con acqua comune e distillata. I bacilli appaiono blu-viola o blu-pallido. Eventuale colorazione di contrasto con soluzione all'1 % in acqua, di eosina, od al 0,3 % di crisoidina.

2) *Metodo di Caan.* Colorazione preliminare con il carminio di Mayer, per 10 minuti. Differenziamento con soluzione all'1 % di acido cloridrico in alcool a 70°. Lavatura con acqua distillata. Colorazione con cristalvioletto come sopra. Decolorazione con acido ni-

trico al 10 % per alcuni secondi. Lavatura con alcool a 96°, fino a che ritorni il colore rosso carminio. Breve lavatura con acqua distillata. Bacilli viola-scuro su fondo carminio.

3) *Metodo di Schaedel*. Metilvioletto NB in soluzione alcoolica concentrata. Filtrare prima dell'uso e mescolarne una parte con 9 di soluzione fenica al 2 %. La colorazione può farsi: *a*) sulla fiamma fino a che bolla per tre volte; ripetere per 3-5 volte rinnovando ogni volta il colore; *b*) per 6 ore in termostato; *c*) per 24 ore a temperatura di stanza. Lavatura con getto d'acqua. Decolorazione con acido cloridrico al 3 % in alcool. Lavatura. Colorazione di contrasto per un paio di minuti con bruno di Bismarck o crisoidina. Bacilli violetti su fondo bruno-chiaro.

4) *Metodo di Deseniy*, proposto recentemente (*Münch. med. Wochens.*, 1930, n. 15). La miscela colorante è preparata con: Metilvioletto g. 1,2; Alcool assoluto g. 4; Acido fenico cristallizzato g. 2; Xilol g. 10. La si tiene in boccetta contagocce.

Distensione dell'espettorato (su porta-oggetti) in strato non molto sottile. Disseccare riscaldando cautamente. Lasciar cadere sul vetrino 8-10 gocce della soluzione, tenendo per 4 minuti (per scopi fotografici fino a 6-8).

Decolorare con alcool contenente 0,25 % di acido solforico, fino a che il vetrino appaia leggermente violaceo. Lavare bene ed asciugare con carta da filtro.

Bacilli tubercolari blu-porpora su sfondo violaceo-pallido; gli altri germi non sono colorati.

Per la colorazione dei leucociti, immersione del preparato in Loeffler per 40 secondi.

Tutta la colorazione dei leucociti si fa in 10 minuti.

Evidentemente, occorre avere molta cura per evitare intorbidamenti nella soluzione colorante, che possono aversi per tracce anche minime di acqua (recipienti perfettamente asciutti, alcool sicuramente assoluto, acido fenico bene cristallizzato e privo di acqua).

A. FILIPPINI.

VARIA.

Virgilio, antesignano dell'igiene rurale.

P. Paladini (*Annali d'Igiene*, agosto 1930) in uno studio sull'argomento, nel quale riporta, fra l'altro, una lettera inedita del Carducci, lumeggia la figura di Virgilio quale antesignano dell'igiene rurale. L'Eneide, le Bucoliche, le Georgiche hanno tracce indubbie della cultura medica e naturalistica, cognizioni di agraria, di veterinaria, igienico-sanitarie dell'epoca. A lui non è ignota la maniera di allevare e di curare gli animali, di cui egli spiega e descrive i morbi e la morte dovuti ai contagi, nè gli sono ignote la scabbia che tormenta le pecore, la peste che imperversa fra il bestiame, senza che gli agricoltori ed i veterinari possano impedirla, la rabbia dei cani, la tosse dei maiali, le malattie dei cavalli e quelle dei buoi che muoiono davanti all'aratro.

Egli ha conoscenza delle piante medicinali e dei poteri di esse: « *Laetheo perfusa papavera somno* » e ancora « *Venerem revocans eruca morantem* »; gli sono note le proprietà terapeutiche dell'elleboro, dell'origano o dittamo e di altri vegetali.

Ma sopratutto il suo merito, dal punto di vista igienico-economico, consiste nell'aver lodata e magnificata la vita dei campi, l'agricoltura. Per questa si richiede una razza forte ed egli aveva intravisto che una buona igiene preserva dalle malattie. E l'igiene rurale comprende tutto il complesso delle regole sanitarie a cui egli accenna: i fattori meteorico-climatici, il modo di comportarsi riguardo all'acqua, all'aria, al sole, all'umidità, ai climi inclementi, agli ambienti mefitici. Ed ammonisce nell'ultima egloga:

Surgamus: solet esse gravis cantantibus umbra.

Un posto speciale compete, nell'igiene rurale, alla fisiologia ed alla patologia dell'infanzia, affinchè i bambini siano allevati con ogni regola igienico-sanitaria, considerato che spesso

Invalidique patrum referant jejunia nati

verso che ogni medico, ogni pediatra, ogni igienista può rimembrare per i fanciulli deboli e gracili.

E numerosi consigli egli dà sulle malattie e sull'igiene. Egli non era medico, ma uno di quegli esseri superiori che riescono ad abbracciare di ogni epoca gran parte dello scibile. Certamente però doveva possedere ottime notizie mediche del tempo, come si dimostra nel terzo libro delle Georgiche dove troviamo delle impronte sicure del suo interessamento sanitario ed epidemiologico:

Morborum quoque te causas et signa docebo.

Ed altre impronte sicure del suo interessamento sanitario e biologico si rilevano negli altri libri delle Georgiche e nelle altre sue opere.

Fin da quel tempo remoto, egli mise in luce la necessità della protezione umanitaria, sociale e sanitaria dei lavoratori dei campi e della difesa e protezione altresì degli animali e delle piante, che si devono preservare dall'incuria e dalle malattie.

Virgilio, oltre essere il cantore della grandezza italiana nei secoli, ha il merito sommo di far apprezzare e di nobilitare la vita dei campi, sorgente di salute e di produzione. Egli ha lo spirito del biologo, dello studioso, dell'osservatore e può bene a ragione considerarsi come un antesignano dell'igiene rurale. A lui rivolgendoci, possiamo ripetere con gratitudine un suo felicissimo verso:

Semper honos nomenque tuum laudesque manebunt.

fil.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

I. - Dispense per soppressione di posti: criteri e rimedi.

È ammesso che, generalmente, l'amministrazione pubblica possa riordinare determinati servizi e sopprimere i posti che siano esuberanti. Per effetto della riforma, può essere necessaria la dispensa dal servizio di uno o più impiegati. Il caso non è infrequente e non è di facile risoluzione concreta. Anzitutto, dato che il riordinamento sia legittimo — cioè vero, effettivo, necessario o utile e legale — da quali criteri deve essere guidata la pubblica amministrazione per provvedere alle dispense dal servizio?

Furono stabilite norme speciali, ma limitatamente alle riforme attuate in forza di poteri straordinari: queste regole non possono, quindi, essere applicate senz'altro, per efficacia diretta, nei casi di riordinamento in forza dei poteri normali. Tuttavia, ne risultano indicazioni di criteri generali apprezzabili.

Se la soppressione si riferisce ad un determinato posto di organico, per cause inerenti ad esso, deve essere generalmente dispensato il titolare del posto soppresso. Si consideri il caso della abolizione di una condotta. Se il Podestà ritiene non più necessaria e sopprime, per es., una condotta rurale o di frazione, la quale sia ordinata come circoscrizione per sè stante e ne sia titolare un medico chirurgo nominato per essa, è da ritenere che non possa essere licenziato uno qualsiasi dei medici condotti, dovendo in tal caso esser dispensato il titolare della condotta soppressa. Se, invece, si tratta di una riforma dell'ordinamento dell'assistenza sanitaria, e le condotte, pur avendo come è prescritto in ogni caso, una circoscrizione distinta, non siano organizzate, ciascuna con autonomia e la nuova sistemazione sia l'effetto di una trasformazione generale, dalla soppressione di *una* condotta non deriva la conseguenza necessaria della dispensa di uno piuttosto che di un altro titolare. In tal caso, l'attività del Comune è regolata da criteri discrezionali, certamente controllabili.

Preliminarmente deve essere considerato l'interesse del servizio: deve quindi essere dispensato l'impiegato che per condizioni di salute o di età, o per altro motivo sia meno idoneo, tenuto conto anche degli oneri che dal riordinamento possono derivare. Ma non devono essere trascurate anche considerazioni di equità, attinenti alla condizione personale e di famiglia di ciascun impiegato. I due criteri devono essere opportunamente armonizzati. Se, per es., un medico condotto ha diritto a pensione, e un altro non ha ancora raggiunto il limite minimo per conseguirla, specialmente se ha oneri familiari, sembra ovvio che, qualora non ne derivi pregiudizio all'assistenza sanitaria, sia dispensato il primo.

In certi casi può essere legittima la dispensa del meno anziano, se ad esso è più facile una nuova sistemazione.

Devono essere valutate anche, come motivi concorrenti, le benemerenze militari: non perchè ciò sia imposto dalla legge, come nel caso di nomina o di dispense regolate espressamente, ma per un criterio che risulta da indicazioni legislative, le quali sono indice di un indirizzo di meditata e prudente considerazione dei requisiti di benemerenze per servizio prestato durante la guerra.

È da esaminare un altro punto.

Deliberata la soppressione del posto e la dispensa, quali azioni può esercitare l'interessato?

Qui è necessario distinguere due provvedimenti. L'atto che riordina il servizio e sopprime il posto, modificando il regolamento organico, è soggetto ad approvazione tutoria, e può essere considerato come entità per sè stante. Contro questo provvedimento, che è il presupposto della ulteriore manifestazione di volontà agli effetti della dispensa dal servizio dell'uno o dell'altro impiegato, tutti gli interessati possono ricorrere in sede gerarchica nel termine di giorni quindici, anche per motivi attinenti alla opportunità e alla convenienza della riforma e della soppressione del posto, perchè il controllo gerarchico è pieno, riguarda cioè non soltanto la legalità e la legittimità del provvedimento, ma anche la convenienza e la necessità di esso.

Deliberata poi o contemporaneamente, la dispensa dal servizio, l'impiegato dispensato può ricorrere alla G. P. A. in sede giurisdizionale, contro questo provvedimento che risolve effettivamente il suo rapporto di impiego. Ma, mentre nel primo caso il ricorso è diretto al fine dell'annullamento dell'atto che sopprime il posto, e quindi riguarda uno dei presupposti della successiva determinazione, nel secondo caso, il ricorso è diretto al fine dell'annullamento della dispensa dal servizio per motivi inerenti all'atto che vi provvede. Per questo effetto, entra in considerazione anche la causa della dispensa e quindi può essere spinta sino alla valutazione della legittimità della soppressione del posto: ciò non al fine dell'annullamento o per controllare la convenienza e l'utilità della riforma, ma in quanto, per es., la riforma e la soppressione siano soltanto apparenti. In altri termini, da questo punto di vista si deve stabilire se la dispensa ha una causa legittima.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, cons. legale del nostro periodico.

In relazione a questi criteri, è utile segnalare la decisione della V Sezione del Consiglio di Stato, 16 maggio 1930, n. 276. La prima parte di essa risolve una vecchia quistione circa la proponibilità del ricorso. Se una deliberazione è soggetta ad approvazione tutoria ed è notificata all'interessato prima che sia stata perfezionata dall'approvazione, il termine per il ricorso decorre dalla data della notificazione o da quella della comunicazione del provvedimento dell'autorità tutoria che approva l'atto? La controversia è molto discussa.

La decisione sopra indicata ritiene che prima dell'approvazione l'atto non possa essere eseguito e quindi colui che ne è offeso non abbia interesse di ricorrere, appunto perchè non sa se l'approvazione interverrà. « L'interesse sorge solo quando chi è toccato dall'atto è venuto a conoscenza anche della sua approvazione e non soltanto dalla data dell'approvazione medesima, indipendentemente dalla sua comunicazione all'interessato ».

Non è il caso di esaminare ora tale quistione; è da avvertire soltanto che, malgrado la decisione autorevole del Consiglio di Stato, si tratta di una risoluzione molto discutibile e che, praticamente, qualora sia notificato un atto non ancora approvato, *conviene* ricorrere, entro il termine prescritto dalla legge, con decorrenza dalla data della notificazione.

La seconda parte della decisione riguarda il controllo giurisdizionale sulla legittimità della deliberazione che sopprime un posto di organico, e così conclude: quando un provvedimento sia deliberato in forza dei poteri di riordinamento e « venga impugnato col fine indiretto di dimostrare la illegittimità del licenziamento conseguente a soppressione di posto, unica indagine che può farsi è quella di accertare se la soppressione del posto o dei posti sia stata effettiva ed ispirata solo da obbiettive esigenze di servizio o se, invece, sia stata figurativa e temporanea e rivolta a scopi diversi delle esigenze accennate e particolarmente a quelli di licenziare l'impiegato per poi sostituire altri nella stessa funzione, con che verrebbe a concretarsi il vizio di eccesso di potere nella particolare forma dello sviamento ».

A noi sembra si debba però aggiungere che possa essere sindacata la *legittimità* del provvedimento che sopprime il posto: quindi anche la legalità di esso e, in ogni caso, s'intende, la efficacia e la eseguibilità.

II. - Licenziamento illegittimo. Risarcimento di danni.

Annullata dall'autorità amministrativa o giurisdizionale una deliberazione di licenziamento, deve essere risarcito il danno effettivo che ne è derivato e, nel caso di risoluzione di un rapporto stabile, se l'impiegato non sia riassunto in servizio, anche il danno dipendente dalla perdita del posto stabile. Sono però da considerare gli stipendi che frattanto l'impiegato abbia percepito prestando la sua opera per altri enti e quelle utilità che sarebbero state possibili con esplicazione di normale attività e diligenza, non essendo ammissibile una volontaria inattività. Però, tenendosi conto delle utilità patrimoniali realizzate, si deve considerare dall'altra parte, per stabilire la differenza in perdita e quindi il danno, non soltanto lo stipendio assegnato dal Comune al medico condotto, ma anche la entità *dei lucri professionali* per la cura degli abbienti, perchè la perdita di questi lucri è causa di danno risarcibile. (Corte di Cassazione Civile, sentenza 30 giugno 1930, n. 3131).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

In tema di pensioni.

Nell'ultimo congresso dei medici condotti si discusse intorno al problema vitale dell'elevamento delle pensioni.

Si avanzarono due richieste: il riscatto gratuito dei 6 anni di laurea, e l'elevamento degli assegni per i pensionandi dai 60 ai 65 anni di età.

Su proposta del ragioniere Còsi, si abbandonò la prima richiesta, e si approvò la seconda; e ciò solamente perchè, avendo il Governo già abolito il riscatto degli anni di laurea per gli impiegati dello Stato, la richiesta non poteva aver successo.

L'abbandono della prima richiesta interessa assai poco i medici condotti, poichè per essi è supremo interesse andare in pensione quanto prima (verso i 60 anni), essendovi moltissimi che hanno condotte di campagna o in altro modo disagiate, condotte che oltre i 60 anni si rendono molto penose.

Donde la necessità di un anticipato riposo.

Per essi quindi tutto sta a far culminare il massimo della pensione a tale età.

L'eccedenza del capitale accumulato presso la cassa di pensione viene per essi ottimamente utilizzata facendola, come si è detto, convergere tutta a questo sopraelevamento della pensione verso i 60 anni (o dai 60 ai 65, dopo circa 35 anni di servizio).

Ma non si è tenuto conto chė oltre la classe dei medici condotti vi sono altre classi, quella dei medici ospedalieri e quella degli ufficiali sanitari (direttori di uffici d'igiene e sanità, ufficiali sanitari consorziali). Queste classi potevano rimanere paghe se fossero state approvate insieme le 2 richieste (utilizzandosi così, con soddisfacimento, tutto il riscatto gratuito dei 6 anni di laurea). Invece ora coll'approvazione della sola 2ª richiesta essi sono lasciati in abbandono, utilizzandosi l'eccesso a pro dei soli medici condotti.

E in verità, a differenza del medico condotto, sempre in grado di iniziare la carriera appena laureato (a circa 25 anni), il medico ospedaliero e l'ufficiale sanitario la iniziano assai più tardi. Quindi per raggiungere la stessa elevatezza di pensione del medico condotto sono obbligati a ritirarsi molto più vecchi. Si potrebbe rilevare che essendo il loro lavoro non disagiato, non possono che tornare di bene, più che a sè stessi, all'intera società, col continuare l'appassionante esercizio oltre i 60 anni, sempre più produttivi per loro, data la maggiore esperienza acquisita.

Ora, essi non possono che vedersi maltrattati dal trionfo del modificato deliberato, che impedisce a molti di loro il raggiungimento dei 35 anni di servizio (come per i condottati) e con ciò la maggiore elevatezza della pensione.

L'equità è raggiungibile in modo oltremodo facile (oltrechè utile per le varie classi), cioè mediante l'attuazione del riscatto gratuito (o, nella peggiore ipotesi, di favore) dei 6 anni di laurea. La qual cosa non può essere avversata dall'illuminato Governo, perchè stavolta i fondi da adibire sono degli stessi medici, e perchè trattasi di un provvedimento ambito e conciliante tutte le classi (attuandosi così anche lo sfollamento, esteso e spontaneo, raggiungendosi il desiderato assegno che inviti al riposo).

Certo, se fossero accettate ambo le richieste, il danno dell'una sarebbe rimasto ben ridotto e per soprappiù abbastanza compensato dal maggior utile dell'altra.

Ma nella ipotesi che il riscatto trovi ostacolo insormontabile, si dia alla seconda proposta già approvata una forma che concilii gli interessi delle varie classi di sanitarii. Basterebbe a tal uopo che il maggior elevamento delle pensioni, anzichè dai 60 ai 65 anni, lo si facesse cadere dai 65 ai 70.

M. RIZZI.

L'adeguamento delle pensioni in modo che concilii le necessità dei pensionati con le possibilità della cassa non può essere fatta se non in base a calcoli precisi.

Pubblichiamo, pertanto, l'articolo del dott. Rizzi non perchè le sue proposte ci sembrino senz'altro attuabili, ma perchè riconosciamo che la quistione merita di essere avviata sollecitamente ad una soluzione, che elimini le sperequazioni ed assicuri a tutti i medici inscritti alla Cassa Pensioni un dignitoso riposo.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AIELLO DEL SABATO (*Avellino*). — Scad. 31 gen.; L. 6500 oltre L. 6 addizionali per ogni pov. sopra i 500; 5 quadrienni dec.; L. 3000 se cavalcat. in proprio; tassa L. 50,10.

BITONTO (*Bari*). — Scad. 10 feb.; per Mariotto: L. 9500 e 5 quadrienni dec., c.-v.; età lim. 40 a.

BOLOGNA. *Istituto Ortopedico Rizzoli*. — Medico assistente; L. 4500 oltre supplem. L. 1020, riducibili del 12 %; percentuale proventi Sezione Kinesiterapica; età lim. 30 a.; scad. ore 17 del 31 gen.; conferme annuali fino a 40; chiedere annunzio.

CASTELLAVAZZO (*Belluno*). — Consorzio; L. 9000, addizionale di L. 5 oltre i 1000 pov., per cavalc. L. 3500, c.-v., se uff. san. L. 700; 5 quadrienni dec. Tassa L. 50,10. Scad. 45 giorni dal 18 dic.

CASTEL S. ELIA (*Viterbo*). — Scad. 10 mar.; lire 10.500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 400 uff. san.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

CERVINO (*Napoli*). — Scad. 31 mar.; L. 9500 oltre L. 500 indenn. servizio sanit. provvisorio; 4 quadrienni dec.; età lim. 40 a.

CORI (*Roma*). — Scad. 30 genn.; L. 9500 per 1000 pov., addizion. L. 4 fino a 2000 pov. e L. 5

oltre; 5 quadrienni dec.; età lim. 35 a.; tassa L. 50; serv. entro 20 gg.

CREMONA. *Ammin. Provinc.* — Direttore e coadiutore della Sez. med.-micrograf. del Laboratorio Prov. d'Igiene e Profilassi. Scad. ore 18 del 31 gen. Chiedere annunzio.

ENNA. *R. Prefettura.* — Per titoli ed esami. Posti di Ufficiale Sanitario nei singoli Comuni di Centuripe, Regalbuto, Troina, Villarosa. Scadenza 25 febbraio. (V. N. 1).

FALMENTA (*Novara*). — Consorzio; L. 9000 e 10 bienni ventesimo, addizionale L. 5 oltre un decimo della popolaz.; età lim. 35 a.; scad. 28 febbr.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 28 nov.

FIRENZE. *Spedale S. Giovanni di Dio.* — Assistente chirurgo; L. 5000 oltre indenn. di guardia L. 1200; compartecipazione onorari. Età lim. 30 a.; non oltre 5 anni di laurea. Doc. a 3 mesi. Scad. ore 16 del 28 febbr. Rivolgersi al Presidente del Consiglio d'Amministrazione.

FRISA (*Chieti*). — Scad. 31 gen.; L. 9700 e 5 quadrienni dec., oltre addizionale L. 5 ogni povero sopra 500, L. 1000 trasp., L. 500 se uff. san.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

FROSINONE. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esame a due posti coadiutori Sezioni Micrografica e Chimica Laboratorio Provinciale Igiene e Profilassi. Scadenza 15 febbraio. (V. N. 1).

GENOVA. *Comune.* — Scad. 31 marzo; 4 posti di medico igienista; L. 14.000 e 10 bienni di lire 450; 2 anni di laurea; chiedere avviso al Civico Ufficio del personale.

GORGO AL MONTICANO (*Treviso*). — A tutto 26 marzo; L. 8000 e caro-viveri, oltre L. 3500 trasporto automezzo e L. 700 uff. san. Il tutto decurtato del 12 %. Chiedere avviso e schiarimenti alla Segreteria.

GRUMO NEVANO (*Napoli*). — Scad. 28 febbr.; lire 9500 diminuite del 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

MASSALOMBARDA (*Ravenna*). — Scad. 30 gen.; consorzio; L. 8000 oltre c.-v., L. 2500 cavalc., 10 bienni ventes.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

MESSINA. *Ospedale Psichiatrico Provinciale.* — Direttore sanitario. Il termine per la presentazione delle istanze di cui al bando del 28 novembre è prorogato al 31 gennaio. Per informazioni dirigersi al Commissario dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale.

MILANO. *Amministrazione Provinciale.* — Medico direttore dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale in Mombello di Limbiate. L. 30.000 e 3 bienni dec.; alloggio senza mobilio; abbonam. gratuito tramvia Milano-Mombello; ricostruzione carriera. Tassa L. 50,10.

MONASTIR (*Cagliari*). — Scad. 30 gen.; con Ussana; L. 11.500 e 4 quinquenni dec.

MONTALTO PAVESE (*Pavia*). — Scad. 15 gen.; lire 13.000 complessive e 5 quadrienni dec., oltre L. 300 ambulat.

MONTAPPONE (*Ascoli Piceno*). — Scad. 1° mar. (V. N. 1).

MONTE S. MARIA TIBERINA (*Perugia*). — Scad. 25 febbr.; L. 10.000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 720 c.-v., L. 3000 cavalc., L. 500 uff. san.; tassa L. 50,10.

MOTTALCIATA (*Vercelli*). — Scad. 31 gen. Consorzio; ab. 2500 circa; L. 7040 e 10 bienni ventes., oltre L. 440 uff. san.; ambul. L. 132; trasp. L. 660-1584-3080; c.-v. Doc. a 3 mesi dal 20 dic. Tassa L. 45,10.

PICINISCO (*Frosinone*). — Scad. 31 gen.; lire 10.000 e 5 quadrienni dec.; età lim. 35 a.

PIEDIMULERA (*Novara*). — Scad. 15 gen.; L. 9000 e 10 bienni ventesimo, addizion. L. 7 per iscritti oltre 10 % popolaz., uff. san. L. 750, ambulat. L. 300, alloggio L. 1200, trasferte L. 2150, c.-v.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15.

PORTALBERA (*Pavia*). — Scad. 28 febbr.; L. 11.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 300 uff. san.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

RAGUSA. *R. Prefettura.* — Ufficiali san. per Monterosso Almo e per Pozzallo; titoli ed esami; L. 5280 (in seguito a riduzione del 12 %) e 4 quadrienni dec.; doc. a 3 mesi dal 20 dic.; tassa lire 50,20 al tesoriere provinciale; chiedere annunzio. Scad. 45 gg. dal 20 dic.

ROTONDELLA (*Potenza*). — Scad. 1° mar.; L. 7000 aumentabili; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

S. CATALDO (*Caltanissetta*). *Ospedale Maddalena Raimondi.* — Chirurgo direttore; L. 7040 (tenuto conto della riduzione del 12 %); scad. ore 18 del 31 gen.; documenti alla Segreteria; dichiarazione politica; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10 al Tesoriere; doc. a 3 mesi. Biennio di prova.

SAVONA. *R. Prefettura.* — Per titoli ed esami. Ufficiale sanitario pel Comune di Varazze. Scadenza ore 17 del 31 gennaio. (V. N. 1).

SIENA. *Consorzio Prov. Antitubercolare.* — Direttore Tecnico Sanitario del Consorzio Provinciale Antitubercolare di Siena. Stipendio annuo lordo L. 25.000 oltre a L. 5000 per indennità di servizio attivo. Aumento del decimo ogni quadriennio e per cinque quadrienni. Le domande in carta bollata da L. 3 debbono pervenire al Consorzio, insieme ai prescritti documenti, l'elenco dei quali e altre varie formalità risultano dal bando di concorso da richiedersi alla Sede del Consorzio presso gli Uffici dell'Amministrazione Provinciale di Siena, dovrà pervenire alla predetta Sede del Consorzio, non oltre le ore 12 del 31 marzo.

STAZZENA (*Lucca*). — Scad. 31 gen.; 3ª cond.; L. 10.000 e 4 quinquenni dec., oltre L. 2500 trasferte, quota mobile L. 900; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

VARAZZE. — (Vedi SAVONA).

VENEZIA. *Ospedale Civile.* — Direttore dell'Ospedale per convalescenti di Pellestrina, equiparato ad aiuto medico; L. 4560 per i coniugati, e L. 4200 per i celibi, oltre L. 3000 disagiata residenza, ridotti del 12 %; titoli ed esami; periodo biennale di prova; età lim. 35 a.; 4 anni in Ospedali, Cliniche universitarie o Condotte; doc. a 3 mesi dal 10 dic. Scad. ore 17,30 del 15 mar. Chiedere annunzio.

VENEZIA. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Portogruaro; L. 12.000, oltre 5 quadrienni dec., c.-v., L. 1000-2500-3000-4000 trasp., indennità; scad. ore 17 del 27 febbr.; età lim. 45 a.; tassa L. 50 all'esattore-tesoriere del Comune di Portogruaro.

VILLANOVA D'ALBENGA (*Savona*). — Scad. 31 gen.: consor. 3 comuni; L. 9400 e 10 bienni ventesimo, oltre L. 500 uff. san., L. 600 trasp.

VITERBO. *Ospedal Grande degl'Infermi.* — Aiuto chirurgo; scad. 31 gen.; età lim. 35 a. al 29 dic.; doc. a 3 mesi; tassa L. 50; assegno L. 8500 e c.-v.; riduzioni di legge.

Concorsi a premi.

Premi Piccinini-Borromeo-Zoia.

Il concorso indetto dalla Federazione Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi (tema scientifico: premio Piccinini-Borromeo, L. 5000; tema sociale: premio Piccinini-Zoia, L. 5000) e che doveva chiudersi il 31 dicembre 1930-IX, è stato prorogato, per varii motivi favorevolmente valutati dalla on. presidenza, fino al 28 febbraio 1931-IX. Non sarà però accettato nessun lavoro che pervenga oltre tale giorno alla Federazione Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi, con sede in via Nazionale, n. 172, Roma.

Premio Alvarenga.

Il Collegio dei Medici di Filadelfia annunzia che la prossima aggiudicazione del premio Alvarenga avrà luogo il 14 luglio 1931. L'importo del premio si aggira intorno a 300 dollari. I lavori presentati al concorso possono concernere qualsiasi campo della medicina; devono essere inediti. Il premio del 1930 fu conferito al dott. Henry A. Harres di Londra, per uno studio intitolato « Olio di fegato di merluzzo e vitamine in rapporto allo sviluppo osseo e al rachitismo ».

I lavori vanno indirizzati a: The Secretary, College of Physicians, Philadelphia, Pa., S. U. d'A.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

La Facoltà Medica di Messina ha affidato l'incarico dell'insegnamento di patologia speciale medica al prof. Salvatore Marino, aiuto nella R. Clinica Medica di Roma. Il prof. Marino ha compiuto studi pregevoli; si è specialmente affermato con le sue ricerche sulla terapia insulinica nel diabete.

Gli facciamo i nostri rallegramenti vivissimi.

La dott.a Georgina Dávanlos è stata chiamata ad occupare la cattedra di puericoltura presso la Scuola di Ostetricia di Asunción (Paraguay).

Il prof. Max Heinrich Fischer, di anatomia e fisiologia alla Sezione Agraria della Scuola Tecnica Superiore Tedesca di Praga, è chiamato all'Istituto per lo studio dell'encefalo in Berlino-Buch.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Bari.

Conferenze nell'anno scolastico 1929-30

Nell'anno scolastico 1929-30 un ciclo di conferenze fu organizzato dal Rettore Prof. G. Mariani. Vi hanno partecipato indistintamente tutti i professori della Facoltà di Medicina ed alcuni della Facoltà di Legge per modo che si ebbe tutta una serie di contributi di interesse medico, sociale ed economico.

Si è già detto doversi rimpiangere che il frutto di un sì vasto lavoro compiuto con entusiasmo di apostolato dai singoli docenti vada perduto. Vi è tutta una serie di idee, di progetti, di proposte, di risoluzioni, di constatazioni che hanno un interesse che va oltre i limiti di una comune conferenza, con un uditorio più o meno attento e numeroso.

Si può dire che l'unica pubblicità avutane è stata quella del breve, spesso imperfetto, e sempre insufficiente riassunto del quotidiano locale.

Sarebbe utile dunque che, tra le tante pubblicazioni moderne più o meno idonee ad illustrare l'attuale Rinascimento Nazionale, ve ne fosse una che raccolga la parola e il pensiero dei Maestri, su tanti problemi vitali.

Libri del genere, opportunamente diffusi, diffusi largamente nell'ambiente dei dirigenti, ma anche (seppure con opportuni adattamenti) nell'ambiente dei lavoratori, potrebbero raggiungere in modo più efficace e più completo quegli scopi che ne avevano animato il pensiero.

Problemi come: « Igiene e Psiche » (prof. Sanfelice), « La lotta sociale contro il tracoma » (prof. Maggiore Luigi), « L'educazione psichica e lo sviluppo cerebrale e psichico » (prof. Gallerani), « Il problema della lotta antimalarica nei suoi riguardi sociali ed economici nazionali » (professor Marrassini), « Le provvidenze del Regime per la tutela della Maternità » (prof. P. Gaifami), « La mosca in rapporto con l'igiene » (prof. Arcangeli), « I veleni centrali » (prof. Baldoni), « Criteri di organizzazione nella lotta contro il cancro » (prof. Sotti), « L'assistenza psichiatrica » (prof. Riquier), « La personalità umana di fronte ai problemi del lavoro » (prof. Bianchini), « Puericoltura e problemi demografici » (prof. Maggiore), « La lotta contro la tubercolosi come funzione di Stato » (prof. F. Galdi), « La difesa della stirpe dalle malattie congenite » (prof. G. Mariani), sono di interesse che va oltre i limiti di una semplice esposizione accademica. La loro diffusione poi risponde ad un dovere didattico in quanto la promulgazione delle leggi, la sanzione di principi per quanto possano interessare il singolo e la collettività, corrono il pericolo di restar pressochè lettera morta quando non sono portati a conoscenza della massa, non sono volgarizzati.

L'Università di Bari ha con questo ciclo di lavori iniziato lo svolgimento di quella missione affidatale dal regime.

La sua dichiarazione di fede, come ebbe a dire il Rettore, prof. Mariani, nella comunicazione del programma di lavoro, non poteva esser più schietta, più appassionata, più obbiettiva.

Di alcune delle conferenze si è già tenuto parola in altra corrispondenza; oggi, dopo il cenno generico dato, si ritiene utile riportare degli appunti su alcune di cui non si era ancora riferito.

Il prof. S. Maggiore trattò dell'« Alcoolismo nell'infanzia ». Fece conoscere i risultati di alcune inchieste condotte durante l'anno scolastico 1927-28 nelle scuole elementari di Bari, separando nettamente gli effetti prodotti da dosi occasionali, o continue, o smodate di vino.

A questo riguardo il prof. Maggiore soggiunge: « Bisogna vagliare il fenomeno alcoolismo, specie infantile, alla stregua di una anomalia costituzionale del sistema nervoso in rapporto diretto all'influenza e all'ambiente, spiritualmente e materialmente malsano. Le restrizioni proibizionistiche di varia natura applicate nelle varie nazioni in base all'esperienza si sono dimostrate impotenti e spesso hanno condotto ad effetti opposti, come anche la maggior parte delle disposizioni legali del genere. La lotta antialcoolica deve essere basata sulla persuasione, sulla educazione, sulla possibilità di una evoluzione

spirituale e materiale della popolazione, specie del proletariato, presso cui purtroppo la mala pianta dell'alcoolismo germoglia. L'età infantile è la più propizia per subire l'influenza educativa della scuola attraverso l'opera sagace e intelligente degli insegnanti. L'O. N. B., i fasci femminili sotto questo punto di vista possono rendere i più utili servigi. Le associazioni dopolavoristiche, il culto per gli sports, il rinnovato spirito della gioventù, rappresentano una vera arma di repressione intelligente e previggente ».

Il prof. Maggiore terminò con le parole pronunziate dal Duce nel discorso dell'Ascensione del 1927 che suonano così: « Io non solo non credo all'astinenza assoluta; ma penso che se ragionevoli dosi di alcool avessero fatto molto male al genere umano, a quest'ora l'umanità sarebbe scomparsa o quasi, perchè liquidi fermentati si bevono fin dai tempi preistorici ».

Il prof. SANFELICE in « Igiene e Psiche » ritiene che l'educazione femminile sia elemento indispensabile per l'educazione dell'uomo.

« Negli asili infantili — dice l'O. — l'educazione dei bimbi deve essere affidata alle donne; nelle scuole elementari l'educazione e la istruzione dei bambini deve essere affidata a maestri competenti, i quali dovrebbero, prima di iniziare la carriera, seguire corsi speciali d'igiene.

Nelle scuole medie sarebbe desiderabile che gli insegnanti impartissero agli adolescenti sane nozioni di educazione sessuale. È inutile nascondere col manto della ipocrisia nozioni che, arrivati ad una certa età, si intuiscono senza bisogno di insegnamenti. Bisogna far comprendere invece i pericoli gravissimi che possono derivare alla Società dalla ignoranza dei pericoli sessuali.

Un altro fattore assai importante e dei quali l'igiene moderna deve tener conto, è dato dalle condizioni economiche ».

E qui l'O. trattò con competenza il problema della vita igienica, relativamente alle classi povere, e le diverse parti che lo compongono: l'abitazione, l'alimentazione, il lavoro, il vestiario, dando utili chiarimenti e consigli.

L'O. illustrò poscia il problema dell'analfabetismo, quello delle malattie infettive, soffermandosi in particolar modo sulla tubercolosi, sulla infezione tifoidea e sulle malattie del ricambio.

Il prof. BALDONI in « I veleni cerebrali », dopo aver accennato alle numerose sostanze capaci di attaccare il cervello e le sue funzioni più elevate, si limitò a parlare prevalentemente dell'oppio e del suo principio attivo più importante: la morfina.

Fece rilevare, anche, che l'oppio è un veleno nelle mani degli imprudenti e dei degenerati, ma è un rimedio maraviglioso nelle mani dei medici sapienti e coscienti.

La spinta più potente verso l'uso frequente, anzi quotidiano, dell'oppio e della morfina, sta nella capacità che queste sostanze hanno di ridestare in determinati modi e più o meno a lungo le funzioni di quelle parti del cervello che provvedono alle sensazioni piacevoli. Agendo queste sostanze sui centri nervosi cerebrali, producono la paralisi dei centri inibitori e quindi un senso di squilibrio, di ebbrezza dolce e piacevole, resa più gradita dall'abolizione più completa della percezione del dolore fisico e morale.

Dopo aver fatto rilevare le dannose conseguenze che si manifestano nell'individuo morfinomane, l'O. accennò ai danni che possono venire ai discendenti.

È specialmente tragico il morfinismo famigliare — disse il prof. Baldoni — in cui uno dei coniugi trasmette ai figli condannevoli tendenze, oppure invita l'altro coniuge e i figli a seguire il proprio esempio, pur sapendo di spingerli verso la rovina.

Se non si ammettesse che la causa è legata ad un disturbo mentale, provocato dallo stato di coazione in cui si trovano le cellule cerebrali per la fame di morfina, si dovrebbe pensare che si è dinanzi ad un delitto. È deplorevole che l'individuo avveleni e rovini la sua esistenza, ma è addirittura colpevole chi trasmette gli effetti dei veleni ai suoi discendenti. La società deve difendersi da tali pericoli ».

Il prof. MARRASSINI in « Il problema della lotta ta antimalarica e la sua importanza sociale ed economico-nazionale », cominciò a mettere in rilievo le differenze che passano tra le diverse malattie infettive e si trattenne sulle conseguenze sociali che ne derivano. Quindi parlò minutamente della infezione palustre e delle sue origini e si soffermò poscia a elencare le zone del nostro Paese maggiormente colpite e gli effetti deleteri che in essa ha apportato il morbo.

L'O. parlò quindi dei principali mezzi di lotta e di difesa contro la infezione malarica e riferì intorno alle necessità di un uso disciplinato di essi in conformità delle condizioni idrauliche, igieniche e biologiche locali. Parlò dell'anofelismo in rapporto alle più recenti osservazioni e mise in evidenza l'importanza che deriva dalla scomparsa della malaria dalle risaie — mercè i provvedimenti adottati — pur essendo questi gli ambienti più adatti alla vita degli anofeli, che sono gli unici trasmettitori della infezione.

L'O. esaltò poscia le provvidenze legislative emanate ed applicate dal Governo Nazionale per la lotta antimalarica, quali la bonifica, la cultura intensiva; espresse l'augurio che da parte di tutti coloro che hanno in pugno le sorti delle terre infestate dal morbo micidiale si spezzino finalmente i vincoli di quella bassa cupidigia, di quella inerzia ed apatia che è stata causa di tanti mali.

Il prof. F. GALDI in « Fondamenti di lotta antitubercolare come funzione di Stato », cominciò con l'affermare che è funzione dello Stato, così come questo è inteso nel senso etico moderno, la lotta contro la tubercolosi. Il Governo Fascista ha inteso perfettamente questa funzione che rientra nella politica generale demografica sulla quale si impernia la fermissima volontà dell'Italia di vivere e dominare.

Delineò quindi i princìpi della lotta antitubercolare: conoscenza profonda della malattia e reazioni dell'organismo umano, e si trattenne a parlare delle antiche origini del morbo.

Rivendicò all'Italia il concetto primo del contagio tubercolare, affermato dal Fracastoro e dimostrato dal Morgagni.

L'O. illuminò la gloriosa figura del suo maestro Achille De Giovanni. Parlò del Maffucci e del Mocaglia che dimostrarono l'esistenza delle tossine tubercolarie ed analizzò il concetto

della eredo-immunità di fronte alla eredo-predisposizione. Lo stesso De Giovanni predicando la difesa degli individui tarati e l'adattamento dei mestieri alle costituzioni preconizzò la moderna seriazione degli individui e la biotipologia del Pende.

A poco a poco la scienza uscì dal laboratorio e diventò strumento di difesa sociale: lo Stato cominciò a sentire i suoi doveri.

Quindi l'O. confutò in forma brillante i pregiudizi che gravano intorno a questa malattia; riferì numerose cifre statistiche relative all'Italia ed alle altre Nazioni e tracciò il dovere del medico. Fece poi la storia della legislazione antitubercolare in Italia ed illustrò l'opera magnifica del Governo Nazionale sino alle ultime provvidenze che pongono l'Italia alla testa delle altre Nazioni.

Dopo i mezzi di profilassi e di lotta occorre soprattutto la fede inspiratrice di carità operante. L'O. terminò: « Le esatte conoscenze scientifiche devono essere sostenute da savie leggi, da disciplinato altruismo e da congrui mezzi finanziari. Abbiamo fede serena nella certezza di un avvenire migliore e possiamo frattanto benedire il presente e guardare con rosea serenità verso l'avvenire ».

Il prof. Bianchini in « La personalità umana di fronte ai problemi del lavoro », dice che dalla promulgazione della « Carta del Lavoro » al medico studioso di questioni sociali incombe un dovere di fondamentale utilità collettiva in quanto il lavoro è divenuto funzione di Stato.

Se il lavoratore fino ad un certo punto può esser comparato con una macchina inanimata fino a giungere a compensare il lavoro in ragione della forza sviluppata in cavalli vapore; nella macchina uomo vi è un fattore che assume una preponderante importanza ed è costituito dal fattore psichico che le attribuisce una personalità. L'aver trascurato questo fattore costituisce la ragione delle opposizioni al metodo di Taylor. Infatti non è vero che chiunque si debba ritenere atto per qualsiasi mestiere: è da ritenersi invece che il primo termine di una vera organizzazione scientifica del lavoro sia l'orientamento su basi biotipologiche, sullo studio scientifico della costituzione e della personalità fisica e psichica del lavoratore. Difatti la forza muscolare unita alla resistenza, alla fatica prevale nel tipo brevilineo tonico (cavallo da tiro!), mentre la velocità, ma con scarsa resistenza (cavallo da corsa!) prevale invece nel longilineo tonico. Nel brivilineo flaccido e nel longilineo atonico si può invece sfruttare l'intelligenza e l'abilità.

Il prof. Riquier in « Assistenza psichiatrica; igiene e profilassi mentale », ricorda sulla base di cenni storici la evoluzione a cui è andato incontro il concetto diagnostico e terapeutico delle malattie mentali. Ancora nel secolo decimosesto colla fondazione dell'ordine dei Fatebenefratelli, specialmente dedicato alla assistenza dei pazzi, prevale il principio del sequestro e delle catene, come soli rimedi capaci di irrobustire l'anima nella lotta contro lo spirito maligno. È solo nel secolo XVIII e per merito di italiani: Tommaso d'Aquino e Vincenzo Chiarugi, che s'intraprende lo studio metodico dell'alienato con criteri medici ed umani. Venne poi il Golgi a portare l'« Obscura textura » dell'organo psichico colle conseguenze nel campo diagnostico, prognostico e terapeutico.

L'O. distingue le infermità mentali a seconda della eziologia endogena (eredità) ed esogena, pur riconoscendo che tali cause spesso si trovano combinate.

Passa quindi a trattare della assistenza manicomiale descrivendone lo sviluppo attuale per quanto, per ragioni economiche, poco diffuso tra noi, ove nell'ultimo cinquantennio pur si contano 64.000 alienati ricoverati con tendenza progressiva all'aumento.

Nei riguardi della profilassi mentale la legislazione italiana recente, attraverso la igiene mentale del fanciullo e del lavoratore, si è posta alla testa delle altre nazioni e rappresenta un indidirizzo nuovo e razionale contro la meccanicizzazione del taylorismo.

Accenna quindi l'O. alla insufficienza dell'assistenza manicomiacale nella Puglia ove esiste un solo manicomio (Lecce) al quale affluiscono gli alienati delle provincie limitrofe, ove l'empirico e la fattucchiera trovano ancora troppo credito con evidente danno per i poveri ammalati e colla conseguenza della triste eco che una tale arretrata situazione porta necessariamente con sè.

Il prof. Maggiore in « La lotta sociale contro il tracoma », dapprima passò in rassegna i caratteri clinici del tracoma illustrandone tutte le fasi di sviluppo, sino all'epilogo più grave e cioè la cecità.

In secondo luogo egli dimostrò con numerosi dati statistici la diffusione che il tracoma ha raggiunto in alcuni Stati europei, soffermandosi a lungo all'Italia, dove pur troppo il tracoma vanta una certa diffusione specialmente in Sardegna, in Sicilia e nell'Italia meridionale. Richiamò infine in modo particolare l'attenzione sulla diffusione della malattia nella Puglia, che tiene il secondo posto fra le regioni più colpite dell'Italia e cioè fra la Sardegna e la Sicilia.

Nell'anno 1926 alla leva militare si ebbe 14 per mille di tracomatosi; nelle scuole nel 1927 si ebbe l'8 per cento. Negli ambulatori oculistici la percentuale dei tracomatosi raggiunge il 70 per cento circa su tutti gli infermi.

Ciò premesso, espose con rapida sintesi tutto quanto fin d'ora è stato fatto in Italia per combattere la malattia, documentando i risultati ottenuti e ricordò che questa lotta, ingaggiata in parecchi centri colpiti, per l'alto interessamento della benemerita Sanità del Regno e con l'attiva collaborazione di eminenti oculisti, nonchè di Enti pubblici come l'Ente Nazionale per il tracoma e la benemerita Cassa delle Assicurazioni Sociali, è in pieno sviluppo.

Illustra in dettaglio tutto ciò che è stato fatto nella provincia di Bari, specialmente dall'epoca della fondazione della R. Clinica Oculistica. Fra le varie organizzazioni destinate a sviluppare una adeguata opera di profilassi, cita i corsi di diagnosi cura e profilassi del tracoma per i medici condotti e per gli insegnanti delle scuole elementari che sono stati svolti durante il corrente anno nella R. Clinica Oculistica della Università con autorizzazione del Ministero degli interni.

Conchiude affermando che l'interessamento che le autorità politiche spiegano a favore della lotta contro il tracoma, dà garanzia che la malattia possa essere completamente debellata.

Revoltella.

NOTIZIE DIVERSE.

2° Congresso internazionale ospitaliero.

Ha avuto luogo la costituzione del Comitato direttivo di questo Congresso, indetto dall'8 al 14 giugno in Vienna, sotto la presidenza del consigliere civico prof. dott. Tandler.

Contemporaneamente al Congresso fu deliberata l'organizzazione di una grande Esposizione Ospitaliera Internazionale. La direzione della segreteria, come pure la parte esecutiva dell'Esposizione — organizzata dall'« International Hospital Commetee » — fu affidata alla Fiera Viennese.

L'inaugurazione ufficiale del Congresso avrà luogo nella Hofburg; le sedute saranno tenute nel Palazzo della Fiera.

Da parte della direzione del Congresso si attende per l'imminente sessione viennese una frequenza internazionale così brillante come quella avuta al 1° Congresso Ospitaliero Internazionale, nel 1929, ad Atlantic City (Stati Uniti).

3° Congresso internazionale di radiologia medica.

Come abbiamo annunziato, si adunerà a Parigi dal 26 al 31 luglio, sotto la presidenza del dott. Antoine Béclère; segretario generale ne sarà il dott. Ledoux-Lebard. Temi: « Esplorazione radiologica della mucosa del tubo digerente »; « Esplorazione radiologica dell'apparato urinario mediante escrezione di sostanze opache »; « Trattamento pre- e post-operatorio del cancro mammario mediante le radiazioni (eccezione fatta delle recidive e delle metastasi) »; « Radioterapia delle affezioni infiammatorie »; « Elettroterapia diatermica delle affezioni infiammatorie ».

Quota: 300 franchi francesi per i membri titolari e 50 per i membri aggiunti (persone di famiglia). Riduzione del 50 % sulle ferrovie francesi. Dopo il Congresso avranno luogo vari viaggi a prezzi ridotti.

Informazioni dalla segreteria, rue de la Boëtie 122, Paris (VIIIe), Francia.

2° Congresso nazionale contro il cancro.

Mentre il giornale va in macchina, si svolge a Bologna l'annunziato 2° Convegno nazionale della Lega italiana per la lotta contro il cancro. Ce ne occuperemo prossimamente.

Corso complementare d'igiene pratica a Roma.

Il Rettore della R. Università degli Studi di Roma avverte che, in conformità del R. D. 29 maggio 1898, n. 219, modificato con R. D. 19 settembre 1921, n. 1620, il titolo del corso di perfezionamento in Igiene viene modificato in « Corso complementare d'Igiene pratica ». La tassa da versarsi, a titolo di contributo alle spese d'insegnamento, è fissata in L. 300 oltre la somma di L. 30 per spese di bollo, diploma, ecc. (Le tasse di cui sopra si versano al Banco di S. Spirito, sede di Roma, via del Gesù 63).

Corsi di perfezionamento a Parigi.

La Clinica Medica dell'« Hôtel-Dieu » di Parigi (place des Parois-Notre-Dame 1), diretta dal prof. Paul Carnot, ha organizzato quattro corsi di perfezionamento, destinati in specie a medici stranieri: 1° sulle tecniche cliniche recenti, dal 23 marzo al 4 aprile; 2° sulla fisioterapia, dal 13 aprile al 9 maggio; 3° sulle malattie del fegato e della nutrizione, dal 7 al 19 settembre; 4° sulle malattie digerenti, dal 21 settembre al 3 ottobre. I due ultimi corsi si completeranno l'uno con l'altro; nell'intervallo (19 e 20 settembre) avrà luogo un viaggio a Vichy. Le iscrizioni si ricevono presso la Segreteria della Facoltà Medica. Informazioni presso il « Bureau des Relations Médicales avec l'Étranger » (Salle Béclard, Faculté de Médecine).

Commissioni per gli esami di Stato.

Il Ministro dell'Educazione Nazionale ha nominato le Commissioni per l'esame di Stato di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo.

Premi dell'Accademia di Medicina di Parigi.

Nel 1930 l'Accademia di Medicina di Parigi ha conferito 50 premi e sovvenzioni, tra cui il premio Marie-Chevallier di 9000 franchi al dott. Julien Marie; il premio Saintour di 5000 franchi al dott. Viborel; il premio Tarnier di 4000 franchi al prof. Brouha; ecc. Alcuni premi ingenti sono stati ripartiti: così quello Blondet di 20.000 franchi; altri sono stati assegnati solo parzialmente: così quello Audiffred di 24.000 franchi.

Nella stampa medica.

Il dott Enrico Villa, veterano del nostro giornalismo medico, ha preso commiato da « L'Avvenire Sanitario », da lui portato, con tenace opera, ad un alto prestigio. Il periodico si manterrà sulla via sinora percorsa.

Al dott. Villa esprimiamo la nostra cordiale simpatia e ci auguriamo di averlo ancora nelle nostre file.

* * *

Il periodico « Spitalul » di Bucarest ha solennizzato il suo 50° anno di vita con un numero speciale, ricco di 14 memorie, redatte da studiosi e clinici di valore e con varî trattenimenti (una mostra medica, proiezioni di cinematografie mediche, una seduta scientifica, una di discorsi, un banchetto).

Hanno aderito alla celebrazione la Casa Reale Rumena, molte personalità della scienza e molti periodici di medicina di tutti i Paesi.

Uniamo la nostra voce al coro di rallegramenti e di auguri.

* * *

« La Cultura Stomatologica », fondata e diretta dal prof. Beniamino De Vecchis, con sede a Torino, passa a Roma, ove sarà diretta dall'on. prof. Amedeo Perna, cambiando il titolo in « Annali di Clinica Odontoiatrica »; il prof. De Vecchis, assunto al posto di vice-direttore dell'Istituto Superiore Stomatologico Giorgio Eastman ed a quello di 1° aiuto della Clinica Odontoiatrica di Roma, ne sarà il redattore-capo. Augurî.

Centro per i volontari del sangue a Roma.

Anche a Roma si è costituito un Centro emoterapico che, allo scopo di rendere di facile applicazione le trasfusioni di sangue umano, racco-

glie, esamina e disciplina i datori volontari di ambo i sessi, affinchè con la massima celerità siano messi a disposizione dei medici richiedenti. Il Centro è presieduto dal prof. Silvestro Baglioni, fisiologo nell'Università.

Istituto radiumterapeutico a Vienna.

Il comune di Vienna ha potuto concludere le trattative con l'Unione mineraria di Bruxelles per l'acquisto di cinque grammi di radio: quantità tale, da permettere la fondazione di un Istituto radiumterapeutico e di organizzare la lotta sistematica contro il cancro.

L'Istituto odontoiatrico Eastman a Londra.

Il 21 novembre venne inaugurata a Londra la grandiosa « Eastman Dental Clinic », annessa al « Royal Free Hospital ». È destinata ad offrire l'assistenza odontoiatrica gratuita ai bambini londinesi, completando, così, i compiti degli ambulatori odontoiatrici di contea e di quelli ospedalieri. L'arredamento ne è sontuoso. Provvede alla conservazione dei denti, all'ortodontia, alla cura delle malattie gengivali ed alla cura di alcune affezioni mascellari chirurgiche. Ha scopi dimostrativi: far valere l'utilità dell'odontoiatria conservativa, attuare con rigore le norme dell'igiene, così da evitare ogni possibilità di contagio, ecc. Una sezione di propaganda è riccamente corredata di cinematografie, diapositive, ecc. Ai bambini in attesa del turno sono fornite varie distrazioni. L'ambulatorio è suscettibile di ulteriori sviluppi, previsti in specie per la Sezione di ortodontia. Probabilmente oltre ai compiti assistenziali e propagandistici ne assumerà di quelli didattici e scientifici, data la facilità di adempierli.

L'istituzione è collegata amministrativamente col « Royal Free Hospital », il cui presidente lord Riddell e il tesoriere onorario sir Albert Levy ne hanno assicurato la manutenzione.

Nella Federazione Casse Malattie per i lavoratori agricoli.

Con recente decreto reale è stata attribuita la personalità giuridica alla « Federazione Nazionale delle Casse Mutue di malattia per i lavoratori agricoli ».

Con successivo decreto del Ministro delle Corporazioni è nominato il Consiglio di amministrazione della Federazione ed è approvata la nomina dell'avv. Roberto Roberti a segretario generale della Federazione stessa. Il Consiglio è presieduto dall'on. dott. Luigi Razza.

Ordinanza di sanità marittima.

Un decreto ministeriale in data 1° gennaio reca un'ordinanza di sanità marittima concernente le località sottoposte a misure sanitarie contro la peste, il colera, la febbre gialla e il tifo esantematico.

L'ondata dei ribassi.

I rappresentanti delle categorie degli industriali, dei commercianti chimico-farmaceutici e dei farmacisti, adunatisi presso il Ministero delle Corporazioni, con l'assistenza del prof. Emilio Carlinfanti e dell'avv. Nestore Felici pel Ministero dell'Interno, hanno convenuto di poter consentire una diminuzione del 5 % nel prezzo di vendita al pubblico delle specialità farmaceutiche, così ripartita: industriali 2 %, grossisti 1 %, farmacisti 2 %; essa sarà indicata in modo visibile sugli involucri; ha decorrenza dall'8 gennaio.

La Federazione Nazionale Fascista Istituti Privati di Cura ha invitato le Case private di cura ad applicare una riduzione non inferiore al 10 % sulle tariffe di degenza.

Il Prefetto di Roma, aderendo ad una spontanea proposta del Sindacato Fascista dei Farmacisti di Roma e Provincia, ha stabilito una riduzione del 10 % sull'importo complessivo delle ricette spedite dai farmacisti, ferme restando le riduzioni del 30 % stabilite con precedenti provvedimenti prefettizi sui prezzi di 72 qualità di medicinali di uso comune; sono escluse le specialità.

I medici e il problema dell'alcool negli Stati Uniti.

L'« Associazione Medica Americana » ha protestato vigorosamente contro i nuovi progetti restrittivi che l'Ufficio per la proibizione delle bevande alcooliche e il Dipartimento della giustizia vorrebbero imporre ai medici, nei riguardi delle prescrizioni d'alcool per uso terapeutico.

Il presidente dell'Associazione, dott. Morgan, e molti altri medici reputati, conducono una campagna attiva, affinchè vengano abolite le restrizioni, le quali sono contrarie alla sana pratica della medicina in quanto che alcuni principî terapeutici attivi si sciolgono solo nell'alcool; inoltre questo può esercitare, di per sè, azioni terapeutiche.

Morti in un Pensionato.

A Madras (Indie) sono morti all'improvviso 30 studenti del Pensionato Erode, poco dopo aver consumato un pasto in comune. Si è pensato, tra l'altro, ad una forma fulminante di colera.

Infortuni di sanitari.

Il dott. Antonio Angelo Ortensi, veterinario a Todi, è stato investito e ucciso mentre attraversava in automobile un passaggio a livello ferroviario.

Per il collegio-convitto degli orfani dei sanitari in Perugia.

Il premio di Lire Mille, dalla Ditta Zoja e dal prof. Piccinini di Milano assegnato al « Policlinico », e, dalla Direzione e Redazione di questo periodico, devoluto al Collegio-convitto degli orfani dei sanitarî in Perugia (cfr. fasc. 48 dello scorso anno, p. 1771), ci ha procurato una lettera che qui sotto riproduciamo:

Perugia, 2 gennaio 1931-IX.

Ill.mo Signor Editore del Giornale « Il Policlinico » - Roma.

Nell'accusare ricevuta del vaglia n. 193486 del Credito Italiano, di Lire 1000 (mille), mi onoro porgere ai generosi offerenti i sensi di grato animo di quest'Amministrazione e più ancora la riconoscenza degli sventurati orfanelli che tutto attendono dalla magnanimità di coloro che hanno la ventura di sopravvivere al loro caro scomparso.

Ossequio distintamente.

Il Sub-Commissario: PERSI ALFREDO.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXVIII Roma, 19 Gennaio 1931 - IX Num. 3

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI MELDOLA.

SEZIONE CHIR. diretta dal dott. MARIO LORETI.

Dolicocolon ed appendicite

per il dott. MARIO LORETI.

CASO I. — F. C., infermiera, da Imola.

Faccio un breve riassunto della storia, la quale sarebbe lunghissima volendo ricordare minutamente tutto ciò che interessa la P. Nel 1918 è stata operata di appendicectomia, perchè sofferente di dolori add., che continuarono in seguito uguali. Nel 1925 è stata di nuovo operata per ulcera pilorica, ma tale intervento non ha dato alla malata il benessere, poichè i disturbi sono continuati nello stesso modo. Nel maggio 1928 la P. fu ricoverata di nuovo nella Sez. Chir. sempre dell'Osp. Civ. di Imola e sottoposta ad indagini radiologiche, al fine di spiegare tutta la sintomatologia dolorosa che sempre continuava. Coll'indagine radiologica, fu risolto il problema dell'affezione che sosteneva tutta la sintomatologia che la P. accusava fino dalla tenera età: e cioè stipsi ostinata, coliche, dolori addominali fortissimi con ripercussione posteriormente. Si trattava di viziatura di posizione dell'angolo epatico del colon e dolicocolon discendente pelvico; e per questa affezione fu operata il 25-5-28.

CASO II. — J. S., domestica, da S. Colombano (Meldola).

La p. non ha mai goduto buona salute del tutto, ma è stata sempre sofferente fino dalla giovine età di dolori add. però non molto accentuati. Soltanto da qualche anno vi è stata una riacutizzazione dei dolori add. e nel tempo stesso hanno avuto inizio anche crisi dolorose ripercuotentisi posteriormente; stitichezza ostinata e qualche volta vomito. Nel settembre del 1928 da altro chirurgo è stata operata di appendicectomia; e quindi nulla io posso riferire dello stato dell'appendice che fu asportata. Nonostante tale intervento, i dolori non hanno avuto termine e sono continuati nello stesso modo. Circa un anno fa, la P. si è presentata da me, ed io la ricoverai per un periodo di osservazione. Edotto dell'osservazione del 1° caso, pensai ad un dolicocolon, che fu confermato da un'indagine radiologica completa del tubo digerente. Si trattava appunto di uno spiccatissimo dolicocolon del discendente e del trasverso, con un allungamento a forma di un grande anello a carico dell'angolo splenico. Non è stato possibile ancora eseguire un intervento radicale, poichè è sopraggiunta una serie di disturbi, fra cui ultimamente una pleurite essudativa s.

CASO III. — C. G., filandiera, da Meldola.

Circa un anno fa la P. si presentò al mio ambulatorio, accusando dolori add. molto spiccati, continui, ed alle volte esacerbantisi con coliche, durante le quali il vomito non mancava quasi

mai. All'esame obiettivo presentava alla palpazione ed alla pressione un dolore diffuso a tutto l'addome, ma in modo speciale nel quadrante inf. add. d. Giudicai trattarsi di appendicite e non vedendo la necessità di un intervento immediato, prescrissi una cura medicamentosa e dieta. Dopo poco tempo la ragazza si presentò di nuovo da me affermando che i disturbi aumentavano sempre più; e difatti coll'esame obiettivo notai che il dolore nel quadrante inf. d. era molto più spiccato di un mese prima.

Feci entrare la malata in ospedale e la operai di appendicectomia. Trovai un'appendice non molto grossa nè molto infiammata, che non mi spiegò del tutto la sintomatologia spiccatamente dolorosa accusata invece dalla P. Come e quanto potei, avendo eseguito l'intervento in anestesia locale, esplorai gli annessi di d. inferiormente, e la cistifellea superiormente, i quali organi si presentarono del tutto normali.

Il decorso operatorio fu normale, ma dopo pochi giorni dall'intervento, la malata continuò ad accusare dolori nello stesso modo di prima, e si aggiunsero, fatto mai accusato prima dell'intervento, dolori forti posteriormente e specie alla reg. renale s. Furono esaminate le urine che risultarono normali, come del resto erano state normali prima dell'intervento. All'esame obiettivo premendo e palpando nella reg. renale s. non si provocava dolore alcuno, mentre invece il dolore era accentuato nella zona add. s. Decisi di fare un clisma opaco, e ciò dopo un mese dall'operazione. La lastra eseguita subito dopo il clisma opaco, mise in evidenza un dolicocolon accentuatissimo del discendente e del sigma.

Il primo caso l'ho seguìto a Imola durante il mio servizio in quell'ospedale, e gli altri due casi ho avuto occasione di studiarli a Meldola. Per quanto tre soli casi non costituiscano un numero tale che dia diritto ad affermazioni ed a conclusioni decisive, tuttavia dànno il motivo a considerazioni di una certa importanza (1).

La sintomatologia descritta dagli AA., propria del dolicocolon, è molte volte varia ed anche incerta, talchè, molto difficilmente si può porre la diagnosi di dolicocolon soltanto dalla sintomatologia. Si arriva generalmente a tale diagnosi soltanto dopo un esame radiologico, il più delle volte eseguito, pensando ad altra affezione e quando ancora non si ha un chiaro concetto di ciò, di cui il p. capitato sotto la nostra osservazione è affetto. Il primo e più importante disturbo accusato dai pazienti affetti di dolicocolon, è la stitichezza ostinata, per cui essi sono costretti a ricorrere a continui e ripetuti purganti, al fine di avere beneficio. Secondariamente, fa seguito a tale sintoma, ed in modo abbastanza frequente, un dolore allo stomaco molto accentuato, così da ricordare il quadro dell'ulcera gastrica: dolore all'epigastrio, che diventa maggiore dopo l'ingestione dei cibi, ed alle volte si presenta subito, mentre altre volte lontano dai pasti. Qualche rara volta da taluni AA. è stato notato anche vomito, non dovuto, come hanno poi dimostrato gli esami radiologici e l'intervento, a lesioni gastriche, ma soltanto al dolicocolon. Sono stati pure descritti casi in cui dal malato era accusata una sintomatologia che aveva tutti i caratteri della colecistite; e l'esame obiettivo confermava pure tale diagnosi. Generalmente si trattava di megacolon del trasverso accentuato specialmente all'angolo epatico, sì che si aveva compressione sulla cistifellea e sulle vie biliari. Altro fatto non molto comune, ma che pure è stato segnalato, è la melena che si è verificata, non essendovi mai stati fatti ulcerativi a carico dello stomaco e dell'intestino alto. In tali casi l'esame radiologico prima, e successivamente l'atto operatorio, dimostrarono essere dovuta la melena ad emorragie che avvenivano nei tratti dell'intestino patologicamente allungato, e precisamente nella angolatura; il sangue rimaneva a lungo nell'intestino, avendo così il tempo sufficiente per alterarsi ed assumere il colorito nerastro.

L'esame obiettivo, quando non ci si trova di fronte ad un megacolon congenito, non dà molto conforto per dare una diagnosi giusta. In conclusione, dunque, la sintomatologia che può presentare un dolicocolon è così complessa e svariata che può essere giustificato quel medico che solo dall'indagine clinica non fa una giusta diagnosi. Però oggigiorno, che l'osservazione del dolicocolon è divenuta molto frequente, per la facilità con cui si eseguiscono gli esami radiologici, ormai si è definito un quadro sintomatologico del dolicocolon così spiccato, che molte volte in casi del tutto tipici, anche senza il sussidio dell'esame radiologico, si può benissimo avere il sospetto di un dolicocolon, che in seguito viene confermato dall'esame radiologico.

Vi è un segno, che è quasi costante, così affermano gli AA. che hanno trattato l'argomento; e così ho osservato io nei pochi casi che ho descritto. Il malato che è affetto da dolicocolia, in mezzo al complesso di tutti gli altri disturbi che accusa, va soggetto a periodiche crisi dolorose addominali, rare dapprima, e molto più frequenti in seguito, con una ripercussione continua e costante posteriormente. In principio si è deviati nella diagnosi: meno facilmente si giudicano tali crisi do-

(1) In questi ultimi tempi, cioè quando il lavoro era stato ultimato ed inviato al periodico, ho avuto occasione di osservare e studiare altri 4 casi di dolicocolon sinistro, che presentavano ed accusavano una sintomatologia del tutto appendicolare.

lorose, dovute ad attacchi appendicolari e crisi dipendenti dal fegato, mentre più facilmente si giudicano invece dovute a fenomeni dolorosi da lesioni infiammatorie degli annessi, più facilmente ancora a lesioni vertebrali, ma con maggiore frequenza a fatti acuti renali, vuoi calcolosi o pielite. Tutti questi stati morbosi sono poi esclusi in seguito con ulteriore osservazione e con successivi esami complementari. Tutti i malati che io direttamente ho avuto occasione di studiare, si lamentavano di crisi dolorose che dall'addome si propagavano posteriormente, sì da sentirsi, come essi dicevano, « la schiena spezzata ». Queste crisi si avevano sempre dopo 5-6 giorni che, nonostante clisteri e purganti non avevano avuto beneficio intestinale. Quando non vi sia sintomatologia speciale, provocata dalla compressione esercitata dalla parte intestinale ectasica, coll'esame obiettivo si risveglia modico dolore colla palpazione e colla pressione nella sede della dolicocolia. E non fa meraviglia, poichè questi tratti d'intestino sono sempre sede di fatti infiammatori, coliti, che vanno dalla semplice colite fino alla colite ulcerativa. A proposito del dolore che si provoca colla palpazione delle anse normalmente allungate, nella monografia di Maestrini e Muzii: « Le dolicocolie », si legge: « *nelle dolicocolie esiste in generale un dolore addominale e spontaneo o provocabile mediante la palpazione, il quale, per sede, corrisponde alla posizione della dolicocolia* ». Gli AA. che hanno trattato delle dolicocolie, quasi tutti in modo però molto fugace, hanno ricordato l'appendicite come malattia che può trarre in inganno. E cioè, che alle volte si è tratti a diagnosticare un'appendicite, quando questa o non vi è addirittura, o vi è solo uno stato infiammatorio dell'appendice così lieve, da non spiegare poi tutto il quadro delle sofferenze del malato.

Io credo che appunto questa sia un'affezione che facilmente può trarre in inganno: poichè in genere l'appendicite facilmente si diagnostica dai segni clinici, e per convalidare la diagnosi, quando a parere del medico non vi siano dubbi, non si sottopone l'ammalato ad esami speciali. Una volta fatta la diagnosi, o si consiglia al malato una cura ed una dieta adatta, oppure l'intervento, al quale i malati, fatta una qualche eccezione, si sottopongono senza alcuna discussione e senza alcun pensiero; poichè ormai anche fra i profani si conosce da una parte la facilità, e diciamo anche l'innocuità dell'appendicectomia, e dall'altra invece il serio pericolo a cui si va incontro in seguito ad attacco appendicolare, e cioè probabile e successiva perforazione dell'appendice e quindi ascesso o peritonite. Molte volte tali diagnosi di appendicite sono vere, ma molte volte si tratta soltanto di una banale e comune enterite o ancora di una più banale indigestione, oppure di altra affezione. A mia parere, appunto si verifica molto spesso il caso in cui si diagnostica un'appendicite in individui affetti da dolicocolon. I miei tre casi che io ho descritto, confermano quanto scrivo: difatti tutti tre in primo tempo si presentarono da differenti medici, accusando una sintomatologia del tutto appendicolare. L'atto operativo, almeno per i due casi che io ho direttamente osservato, e cioè il 1° ed il 3°, dettero il reperto di appendicite, ma non molto spiccata.

***

Perchè molti malati affetti da dolicocolon hanno una sindrome dolorosa appendicolare? Per rispondere a questo quesito, secondo me, si devono fare alcune distinzioni: casi in cui l'intervento mette in evidenza effettivamente uno stato infiammatorio più o meno spiccato a carico dell'appendice e casi in cui non si osservano alterazioni anatomo-patologiche corrispondenti alla sintomatologia accusata dai P. Nel primo caso lo stato infiammatorio dell'appendice, facilmente si spiega, per il fatto che i sofferenti di dolicocolon, come sopra più volte è stato detto, vanno soggetti con regola generale per ragioni meccaniche a stipsi ostinata. La stasi delle feci nel colon, favorisce la penetrazione dei germi nel lume appendicolare, e questi in progresso di tempo provocano un'infiammazione, e cioè appendicite cronica, che alle volte può diventare, per svariate cause, acuta. Più difficile invece diventa la spiegazione delle appendiciti contemplate nel secondo caso. L'unica spiegazione si può avere tenendo presente la ricchezza dei plessi nervosi che sono stati osservati dagli AA., i quali hanno studiato a fondo la questione dell'appendicite. Del resto non è necessario che esista un dolicocolon od altra affezione per osservare che molte volte si pratica la laparatomia per appendicite acuta, e invece si trova un'appendice quasi normale, mentre alle volte si fanno interventi per appendiciti ritenute lievi e ci si trova di fronte a lesioni gravi, e cioè grosse appendici infiammate con aderenze. Questi fatti sono stati spiegati dagli AA. colla diversità degli elementi nervosi proprî dell'appendice e della regione appendicolare. Quindi se noi nel caso del dolicocolon uniamo alcuni fatti, e cioè prima la facile distensione del cieco per la stasi fecale, secondariamente la compressione del cieco stesso da

parte del restante colon allungato e disteso, infine l'esistenza di un maggior numero di elementi nervosi, abbiamo la spiegazione del dolore accentuato che si ha e che si provoca nella regione cieco-appendicolare, senza che si trovi coll'intervento il corrispettivo reperto anatomo-patologico.

Però per quanto sia vero che può nascere confusione di diagnosi in casi simili in cui vi è dolicocolon, pure, ricordo quello che Pauchet ha affermato: facendo un'esatta anamnesi ed una chiara esposizione cronologica dei disturbi che l'ammalato presenta, ci si può mettere in sospetto, e si può pensare che tutto quello che si crede sia dovuto all'appendice non sia del tutto di natura appendicolare. Sondando, dico così, ed insistendo fino alla noia presso i malati, si potrà sapere che quel dolore che il malato accusa nell'ipocondrio d. è comparso da poco tempo, e che invece da molti anni prima il P. è affetto da stipsi ostinata e da dolori diffusi addominali, ripercuotentisi e diffondentisi posteriormente alla schiena. Se si insiste ancora, se il malato vi si presenta per la prima volta, si potrà sapere che in passato ha già consultati altri medici, ma per altri disturbi addominali, e non per quello ultimo con sede nella fossa cecale. Infine il malato riferirà che alcun medico precedente aveva mai provocato dolore eseguendo palpazione e pressione nella suddetta fossa ileo-cecale, ma solo un lieve dolore o in tutto l'ipocondrio d. o in quello s. o, come il malato dice, allo stomaco (da interpretarsi dolore al colon trasverso) a seconda della sede della dolicolia. Ma purtroppo molte volte è difficilissimo potere sapere dai malati ciò che a noi interessa, e che sarebbe importante, per fare la diagnosi giusta o per indurre il medico ad eseguire quegli esami che chiarirebbero quando vi sia il sospetto di dolicocolon. Qualora non si sia pensato, o il P. non abbia dato modo di pensare all'evenienza del dolicocolon, avendo constatato la sintomatologia del tutto appendicolare, si esegue la laparatomia per l'appendicectomia. L'appendice ritenuta causa dei molti disturbi accusati dal malato viene trovata o normale o pressochè normale, e generalmente si asporta lo stesso. Qualora sia stato eseguito anche il taglio laparatomico destro, descritto ed eseguito dal prof. Solieri in seguito ai suoi studi sulla sintonia dell'addome destro, col quale si può benissimo, come io ho avuto occasione di provare con molto vantaggio, esplorare lo stato dell'appendice, del colon ascendente, del trasverso, della cistifellea, delle vie biliari e dello stomaco, tuttavia non si può osservare le condizioni della flessura lienale, del discendente e del sigma, nei quali punti si notano con maggiore frequenza, in confronto dell'ascendente e della flessura epatica le dolicocolie parziali. Dopo poco tempo, o nei giorni seguenti l'operazione, il malato viene colpito dai soliti dolori e dalle solite coliche, per cui è stato eseguito l'intervento. Sulle prime si pensa che siano i soliti disturbi, che molte volte accusano gli operati di appendicectomia o di laparatomia in genere, ma che molto presto scompaiono, ed a tali dolori non si dà alcuna importanza. In seguito, quando il P. si è ristabilito, non sapendo spiegare tale sintomatologia dolorosa, si decide di eseguire un esame radiologico, che è quello che mette in chiaro tutto il quadro, poichè coll'aiuto radiologico si ha modo di constatare un dolicocolon. A proposito dell'esame radiologico che si esegue in questi casi: qualora, come ho scritto sopra, non sia stato eseguito il taglio laparatomico d. del Solieri, che permette una larga ed esauriente esplorazione degli organi citati, è raccomandabile che l'esplorazione radiologica dell'apparato digerente sia completa. Non ci si deve accontentare di esaminare lo stomaco e la parte duodenale, per ammettere od escludere una lesione a carico dello stomaco o del duodeno o delle vie biliari. Si deve seguire il pasto fino al retto e, se occorre, eseguire anche un clisma opaco, perchè solo così facendo, molte volte si trova la spiegazione del quadro morboso di difficile interpretazione. Nei primi due casi furono eseguiti esami radiologici parziali, e cioè riferentesi solo allo stomaco ed alla prima parte intestinale: nel primo caso, per osservare se la nuova stomia fatta colla gastro-enterostomia funzionava, e nel secondo caso poichè si aveva il sospetto di ulcera gastrica. Ma in nessuno dei due casi tale indagine radiologica servì. Solo in seguito in tutti e due i casi fu fatto un clisma opaco. Nel terzo caso invece si pensò subito al dolicocolon e senz'altro fu eseguito il clisma opaco.

Conclusione pratica: il dolicocolon molte volte simula una sintomatologia che ha tutti i caratteri dell'appendicite. Però se con molta pazienza si ricostruisce assieme al P. la storia del male, il suo inizio, il decorso e la natura dei dolori, può sorgere giustificato il sospetto che non sia soltanto l'appendicite quella di cui è affetto il malato.

Di fronte a casi simili in cui la sintomatologia non è chiara del tutto è indicato eseguire un esame radiologico completo del tubo digerente prima di eseguire un qualsiasi intervento, che può non dare buoni risultati e la guarigione.

RIASSUNTO.

L'A. ha descritto tre casi tipici di malati affetti da dolicocolon, i quali presentavano una sintomatologia del tutto appendicolare e furono operati di appendicectomia. Continuando la sintomatologia presente prima dell'intervento, con ulteriori esami radiologici e clinici fu chiarita la vera affezione. L'A. si ferma a fare alcune considerazioni sul dolicocolon e sull'appendicite e sull'errore di diagnosi in cui facilmente si può incorrere, e ne spiega le ragioni.

Raccomanda un'attenta minuta anamnesi nei casi molto dubbi, ed un esame radiologico completo per clisma e col pasto per bocca.

BIBLIOGRAFIA.

1) BINAGHI. *Appendicite cronica*. Arch. Ital. Chir., vol. X, 1925.
2) FRADÀ. *Appendicite*. Ed. Giannitrapani, Palermo, 1914.
3) FRANCINI. *L'appendicite*. Soc. Ed. Lib., Milano, 1911.
4) LAZZARINI. *Appendicite cronica*. Arch. Ital. Chir., vol. XXV, fasc. 3, 1930.
5) LETULLE. *Les surprises de l'appendicite chronique*. Presse Méd., 1927.
6) MAESTRINI e MUZII. *Le dolicocolie*. Luigi Pozzi, ed., Roma, 1920.
7) MASSON. *Les lésions nerveuses de l'appendicite chronique*. Académ. des Sciences, 1925.
8) SCHIASSI F. *La stitichezza abituale*. Congresso Soc. Ital. Med. e Chir., parte II, Casa Ed. Pozzi, Roma, 1928.
9) SPANGARO. *La stitichezza abituale*. Relazione Congresso Med. Chir., Parma, ottobre 1927.

Nella monografia citata di MAESTRINI e MUZII vi è abbondante bibliografia riguardante l'argomento.

RIVISTA SINTETICA

Le sindromi del sistema pallido-striato.

G. DRAGOTTI.

Con il nome di corpo striato veniva fino a poco tempo fa designato quel complesso anatomico del cervello costituito dal nucleo caudato e dal nucleo lenticolare, il quale ultimo era considerato diviso in tre parti: una laterale o *putamen*, e due mediali costituenti il *globus pallidus*.

Questa concezione anatomica è stata dimostrata embriologicamente ed istologicamente inesatta. Il corpo striato si deve considerare costituito da due parti: il *paleostriatum*, filogeneticamente più antico, costituito dal globus pallidus, ed il *neostriatum* costituito dal *putamen* e dal *nucleus caudatus*.

A questa distinzione embriologica ed istologica si tende a far corrispondere una distinzione funzionale.

Il sistema pallido-striato è collegato con la corteccia cerebrale a mezzo di fibre talamostriate e cortico-talamiche, al tronco cerebrale ed al midollo spinale a mezzo delle fibre pallido-rubre, pallido-nigre, pallido-tettali e rubro-spinali.

Le relazioni tra il sistema pallido-striato ed il midollo spinale costituiscono una via motrice particolare, l'extrapiramidale, la quale ha una parte importante nel meccanismo dei movimenti automatici e verisimilmente anche in quella parte della motilità chè primitivamente volontaria e cosciente è divenuta con l'abitudine a poco a poco automatica.

Questa motilità automatica controllata dal sistema pallido-striato comprende movimenti molto vari, alcuni riflessi come la deglutizione e l'ammiccamento, altri sincenetici come il movimento delle braccia nel cammino, ed altri volontari ma automatizzati dall'abitudine come il cammino, la parola, la scrittura, ecc.

Il sistema pallido-striato ha, inoltre, sul tono muscolare un'influenza inibitrice, che si esercita sopra tutto su quelle varietà di eccitazioni toniche che costituiscono il tono di attitudine deputato principalmente al mantenimento della statica e dell'equilibrio.

Esso inibisce il tono che presiede ai movimenti automatici come le fibre cortico-spinali regolano il tono di sostegno che accompagna la motilità volontaria.

Il sistema pallido-striato controlla il tono d'attitudine ed assicura la molitilità automatica. Le sue lesioni si estrinsecano clinicamente con l'esagerazione del tono d'attitudine, o rigidità extrapiramidale, e la perdita della motilità automatica.

Ma esso ha anche altre funzioni di controllo, d'inibizione sui movimenti involontari, la

cui perdita si estrinseca con disturbi diversi (tremori, corea, atetosi, spasmi).

Il sistema pallido-striato adunque è il centro della motilità automatica, il centro regolatore del tono d'attitudine, il centro inibitore di movimenti involontari.

La funzione di questo sistema non è omogenea nel senso che non tutte le parti del sistema stesso concorrono alla medesima funzione, ma gli effetti fisiologici e clinici sono in gran parte dovuti alla reciproca azione di eccitazione o di depressione di una parte sull'altra.

I tentativi d'isolare anatomicamente ed istologicamente le varie funzioni non ha dato risultati sempre concordanti.

Questa localizzazione funzionale è stata in parte chiarita dallo studio anatomo-clinico delle più importanti sindromi cliniche che sono in rapporto ad alterazioni del sistema pallido-striato, che P. van Gehuchten ha precisato in una comunicazione alla Società Scientifica di Bruxelles.

Esse sono il *morbo di Parkinson*, le *sindromi parkinsoniane post-encefalitiche*, la *corea acuta di Sydenham*, la *corea cronica di Huntington*, l'*emiballismo* o *sindrome del corpo di Luys*, le *sindromi atetosiche*, le *sindromi di Little d'origine striata*, il *morbo di Wilson*, la *pseudo-sclerosi* e gli *spasmi di torsione*.

Il *morbo di Parkinson* è semeiologicamente caratterizzato da tre sintomi cardinali: la *rigidità*, il *tremore*, la *perdita dei movimenti automatici ed associati*.

La *rigidità parkinsoniana* è caratteristica. La testa è flessa in avanti, il dorso è incurvato. Gli arti superiori sono flessi e addotti, le braccia strette contro il petto, gli avambracci in leggera flessione sulle braccia, le mani riavvicinate l'una all'altra davanti al tronco in leggera estensione sull'avambraccio, i pollici stretti l'uno all'altro sono flessi su i metacarpi come bacchette rigide, i pollici sono applicati contro il margine esterno dell'indice. Gli arti inferiori sono leggermente flessi nelle varie articolazioni. La faccia è immobile, la mimica è scomparsa.

I differenti segmenti degli arti oppongono spesso una notevole resistenza ai movimenti passivi di flessione ed estensione specie nella posizione in piedi o quando l'equilibrio del corpo si mantiene con difficoltà.

L'ipertonia parkinsoniana differisce da quella dipendente da lesioni delle fibre cortico-spinali. Non è accompagnata per lo più da modificazioni dei riflessi ed è globale, colpisce tutti i muscoli del corpo, mentre la contrattura piramidale predomina nei muscoli estensori agli arti inferiori, nei flessori agli arti superiori e si accompagna quindi ad un marcato squilibrio tonico e ad un disturbo della motilità volontaria.

L'ipertonia dei parkinsoniani diminuisce senza però scomparire, quando il paziente è in riposo completo, nello stato di rilasciamento muscolare dell'uomo normale. Aumenta nella posizione verticale e nelle posizioni nelle quali riesce difficile assicurare l'equilibrio.

Il caratteristico *tremore* del morbo di Parkinson si arresta per qualche momento all'inizio dei movimenti volontari per riprendere con nuova intensità durante l'esecuzione dei movimenti stessi.

Al pari della contrattura può diminuire ed anche scomparire durante il riposo muscolare completo.

La *perdita della motilità automatica* si estrinseca con la scomparsa o la riduzione di alcuni movimenti riflessi come il palpebrale, il riflesso della deglutizione, o dei movimenti associati come quello delle braccia durante il cammino, o con la modificazione profonda dei movimenti volontari che perdono i loro elementi automatici.

A questa perdita della motilità automatica, più che all'ipertonia, si deve attribuire il tipico aspetto e contegno dei parkinsoniani: facies immobile, poco espressiva, sulla quale non hanno alcun riflesso i sentimenti e le emozioni; occhi fissi, scolamento di saliva dalla bocca; lentezza eccessiva di tutti i movimenti, sforzo eccessivo nel compimento dei gesti che hanno perduto ogni spontaneità; lentezza e difficoltà della scrittura e della parola, nelle quali allo stato normale l'automatismo ha gran parte; andatura caratteristica a piccoli passi non accompagnati dai movimenti accessori delle braccia e del tronco.

Altra manifestazione è la kinesia paradossale: pazienti rigidi e contratti al punto da poter difficilmente camminare, sono capaci di correre in modo normale almeno per qualche metro.

Questa kinesia paradossale si può spiegare o con lo sforzo muscolare molto più considerevole di quello necessario per l'andatura ordinaria, o meglio con il fatto che l'atto del correre è un'atto inabituale e nel quale quindi l'elemento volontario e cosciente ha una parte prevalente. L'automatismo v'interviene solo in minimo grado, e si comprende che la sua esecuzione possa essere meno disturbata in conseguenza della riduzione o scomparsa dell'automatismo.

Il morbo di Parkinson è la conseguenza di una degenerazione cellulare progressiva del corpo striato. La causa delle lesioni degenerative che provocano la sindrome è ignota.

Può trattarsi di un'infezione, ma è più verosimile che si tratti di un'intossicazione che determina un'atrofia lenta e progressiva delle cellule del sistema pallidale, del nucleo caudato e del locus niger. Le grandi cellule del sistema pallidale sono più colpite delle piccole cellule dello striato. È a questa lesione delle grandi cellule pallidali che forse devono

attribuirsi la rigidità, la perdita dei movimenti volontari ed il tremore. La rigidità ed il tremore sembrano essere dovute al difetto d'inibizione, ad una liberazione sottostriata, mentre la perdita dei movimenti automatici è in rapporto alla distruzione del centro stesso dell'automatismo.

Le *sindromi parkinsoniane postencefalitiche* hanno stretti rapporti di parentela con il morbo di Parkinson tanto che alcuni autori negano a quest'ultimo i caratteri di entità morbosa a sè. In effetti nelle sindromi parkinsoniane si trovano gli stessi sintomi cardinali: la rigidità, il tremore e la perdita dell'automatismo.

Tuttavia questi tre sintomi non sono sempre presenti o meglio nello stesso grado che nel morbo di Parkinson. Per lo più prevale ora l'uno ora l'altro.

D'altra parte si hanno paralisi o paresi dell'uno o dell'altro nervo cranico. Non è rara la paralisi nel dominio del facciale inferiore uni- o bilaterale, come frequente è la paresi della lingua. Si possono avere anche disturbi oculari: diplopia persistente, crisi di deviazione coniugata degli occhi. E non mancano altri disturbi motori e vegetativi (scosse miocloniche, particolari disordini della respirazione, ecc.), nonchè psichici (apatia, abulia).

Mentre nel morbo di Parkinson le lesioni predominano nei nuclei lenticulo-striati, nei postumi encefalitici i più colpiti sono il locus niger ed i nuclei della base. Si riscontrano anche lesioni bulbari e protuberanziali e talvolta anche cerebellari e corticali.

La *corea del Sydenham* ha una sintomatologia troppo nota perchè meriti di essere ripetuta dettagliatamente. È caratterizzata essenzialmente da movimenti involontari, incoordinati, bruschi che possono verificarsi in tutti i muscoli del corpo. Questi movimenti spesso sono accompagnati da ipotonia, che nei casi gravi simula la paralisi (akinesia).

È generalmente ammesso trattarsi di una infezione che si verifica quasi sempre nell'infanzia. Spesso è una complicanza del reumatismo articolare acuto.

Le lesioni a tipo irritativo, caratterizzate da iperemia intensa, da infiltrazione di elementi leucocitari e da proliferazione di elementi della neuroglia e del connettivo sono spesso diffuse a più parti dell'encefalo, ma predominano sempre nel neo-striatum. E qui le più colpite sono le piccole cellule del putamen e del nucleo caudato, alla lesione delle quali si attribuiscono i movimenti coreici.

Le altre forme di coree, tossiche o infettive, la corea delle gravide, la corea sifilitica, la corea dell'encefalite epidemica, ecc. hanno un'anatomia patologica analoga.

La fisiopatologia dei sintomi coreici è spiegata da C. e O. Vogt e da Foerster nel modo seguente. Il neo-striatum inibisce normalmente il globus pallidus che è il centro dell'automatismo primitivo. La lesione del neo-striatum rende libero il globus pallidus donde la comparsa dei movimenti coreici, che ricordano i movimenti involontari ed automatici costituenti la prima manifestazione della motilità infantile.

In realtà questi movimenti involontari sono la conseguenza di scariche toniche e sono legati ad un disturbo del tono d'attitudine. Ciò spiega perchè i movimenti coreici diminuiscono o scompaiono nello stato di riposo completo e si accentuano nella stazione in piedi o durante i movimenti volontari.

L'ipotonia, ed eventualmente l'akinesia, sarebbe sempre una conseguenza della liberazione del globus pallidus.

La mancanza d'inibizione sul globus pallidus ne rafforzerebbe l'azione inibitoria sul tono, donde l'ipotonia.

La *corea di Huntington* o *corea cronica progressiva* è quasi sempre un'affezione familiare ed ereditaria, caratterizzata dalla comparsa progressiva di movimenti coreici in tutti i muscoli scheletrici e in disturbi mentali.

I movimenti coreici sono in genere più visibili e più lenti che nella corea acuta. Sono accompagnati spesso da ipotonia e da perdita dei movimenti automatici e della mimica come nelle sindromi parkinsoniane.

I disturbi mentali consistono in un deficit intellettuale che può andare fino alla demenza, e talvolta anche in delirî ed allucinazioni.

Si riscontrano lesioni della corteccia cerebrale prevalenti al lobo frontale, e meno marcate ai lobi parietale, temporale od occipitale e consistenti in degenerazione dei piccoli elementi cellulari.

Nel corpo striato sono sopra tutto lese le piccole cellule e le fibre del putamen e del caudato (neostriatum).

Le lesioni della corteccia cerebrale spiegano i disordini mentali.

La fisiopatologia dei movimenti coreici e dell'ipotonia è la medesima di quella accennata per la corea acuta; la soppressione dell'influenza inibitrice sul sistema pallidale, libero questo donde la comparsa di movimenti involontari ed automatici ed un rafforzamento dell'azione inibitoria sul tono.

La *sindrome del corpo di Luys* è caratterizzata da un'emicorea intensa o *emiballismo*. I movimenti involontarii si verificano non solo alle estremità degli arti ma anche alle loro radici, al tronco e spesso al collo ed alla pelle. Tali movimenti, complicati spesso a rotazione, torsione, elevazione degli arti, sono talvolta così intensi da impedire il cammino. Di solito diminuiscono nel riposo completo e scompaiono nel sonno. In genere v'è ipotonia. I riflessi non sono modificati. La motilità volontaria è conservata compatibilmente con i movimenti anormali. La forza muscolare è un po' dimi-

nuita. In qualche caso è stata notata iperalgesia dal lato dell'emicorea. Nella grande maggioranza di casi si hanno disturbi psichici: agitazione psico-motoria, grida, impulsi, alterazione del carattere, confusione mentale.

L'emiballismo, secondo la maggioranza degli autori che hanno studiato tale sindrome, è dovuto ad una lesione distruttiva del corpo di Luys, il quale con il pallidum e lo striatum regola la sinergia dei movimenti di tutta la muscolatura del corpo, sinergia rinforzata dai componenti dell'equilibrio originari del cervelletto.

Le *sindromi atetosiche* hanno un'etiologia varia.

I movimenti atetosici sono difficili a descriversi a causa della loro variabilità estrema e dei loro caratteri atipici. Si tratta di movimenti lentissimi, di estrema ampiezza che si verificano sopra tutto alle estremità, ma anche alla faccia ed al tronco. Per lo più consistono in una torsione dell'arto accompagnata da movimenti vari di flessione o di estensione forzata. Tutti i muscoli dell'arto sono in uno stato d'ipertonia e di contrattura marcatissime degli antagonisti e degli agonisti.

Compaiono nella stazione in piedi e sopra tutto al momento dell'esecuzione di movimenti volontari. Sono accompagnati, come si è detto, da ipertonia, mentre nello stato di riposo v'è ipotonia. Di solito coesiste diminuzione della motilità sintomatica.

C. e O. Vogt descrivono tre varietà di sindromi atetosiche: 1) la rigidità di Little congenita regressiva, sindrome di Madame Vogt, stato marmorizzato dello striato; 2) l'atetosi cronica progressiva o stato dismielinico del pallidum; 3) sindromi atetosiche che accompagnano la paralisi cerebrale infantile.

Negli adulti l'atetosi si può avere in affezioni diverse: nel Morbo di Wilson, nello spasmo di torsione, nell'encefalite epidemica, nella sifilide cerebrale, ecc.

Jakdo attribuisce l'atetosi ad una lesione del pallidum. Ma allo stato dei fatti ogni ipotesi sembra azzardata per quanto i referti anatomici e le analogie concorrano a far credere che si tratti di un disturbo dipendente da lesioni, per lo meno prevalentemente, a carico del sistema pallido-striato.

La *malattia di Little* è un' affezione bilaterale della via piramidale, sia all'origine, a livello della corteccia, sia lungo il suo tragitto nel midollo spinale. Si distinguono quindi due forme: la midollare e la cerebrale.

La forma midollare dipende spesso da parto prematuro che ha per conseguenza l'agenesia del fascio midollare.

Si spiega quindi il miglioramento progressivo con lo sviluppo del soggetto. È una malattia a prognosi favorevole.

La forma cerebrale segue una lesione bilaterale della zona motrice di origine infettiva (meningo-encefalite) o traumatica (parto laborioso). Oltre i fatti piramidali (diplegia) si possono avere in questa forma altri disturbi: deficit intellettuale, disturbi della parola, crisi epilettiche, atetosi.

La presenza di questi disturbi dimostra che la lesione va oltre il sistema piramidale, ed in effetti nelle forme complicate ad atetosi si riscontrano lesioni anche a carico del sistema pallido-striato.

Il *morbo di Wilson* o degenerazione epatolenticolare è un'affezione caratterizzata essenzialmente da sintomi extrapiramidali, complicata a disturbi psichici ed a cirrosi epatica. È eccezionalmente ereditaria, spesso familiare. Colpisce individui dell'età di 13-20 anni. Ha durata varia: fino a 10 anni ed anche più.

S'inizia generalmente con tremori alle mani e rigidità muscolare. Nel periodo di stato si ha: rigidità muscolare generalizzata con frequenti contratture, spasmi facciali, tremore a tipo parkinsoniano, atetosi, disartria, disfagia, disturbi psichici che possono andare fino alla demenza, cirrosi atrofica del fegato.

Gli elementi essenziali della diagnosi, all'infuori del carattere familiare, sono la rigidità muscolare, i movimenti involontari (tremore, spasmi, atetosi), la disartria e la disfagia.

Anatomo-patologicamente è caratterizzata da degenerazione progressiva del sistema pallido-striato. Sono lesi gli elementi cellulari e le fibre nervose sopra tutto del putamen, quantunque il globus pallidus sia spesso la sede di lesioni molto accentuate. Il processo di degenerazione può giungere fino alla formazione di lacune e talvolta anche alla necrosi totale del nucleo lenticolare, ed invadere anche il talamo ottico, il corpo di Luys, e perfino i nuclei cerebellari.

L'etiologia è ignota. E' molto accreditata la ipotesi che si tratti di lesioni tossiche d'origine epatica.

Secondo Wilson la causa principale dei sintomi è la lesione del putamen, che liberando i centri sottostriati produrrebbe i movimenti involontari e la rigidità. Hunt invece ritiene che questa ultima ed il tremore dipendono da lesioni pallidali, ma che i movimenti involontari, coreici ed atetosici, siano in dipendenza di lesioni del *neostriatum*. Anche per i Vogt la rigidità dipende da lesione del pallidum, mentre i fatti iperkinetici dipendono da lesioni dello striato.

La *pseudo-sclerosi* di Westphall e Strumpell è analoga al morbo di Wilson. È caratterizzata da disturbi motori, di cui i più frequenti sono il tremore, la rigidità muscolare e la perdita dei movimenti automatici, da crisi epilettiformi e da disordini mentali che vanno fino alla demenza. All'autopsia si riscontra: cirrosi del fegato, alterazioni del corpo striato, del talamo ottico, dell'oliva cerebellare e della corteccia cerebrale.

Molti sostengono che la pseudosclerosi ed il morbo di Wilson appartengono ad un'unica entità nosografica di cui la prima sarebbe la forma più accentuata.

Anche nello *spasmo di torsione* si riscontrano analoghe lesioni degenerative a carico dell'encefalo, specie del sistema pallido-striato, ed a carico del fegato. Clinicamente la malattia è caratterizzata da movimenti coreici, contorsioni involontarie di tutti i muscoli del corpo, attitudini anormali, disturbi della parola.

Il morbo di Wilson, la pseudosclerosi e lo spasmo di torsione possono considerarsi forme di una sola malattia che Thomalle vorrebbe chiamare *distonia lenticolare*, Thevenard *distonia d'attitudine* e Hall *degenerazione epato-lenticolare*. Quest'ultima denominazione ha il pregio di tener conto del fatto anatomico che sta alla base della sindrome.

Si tratta verisimilmente d'un'intossicazione endogena che colpisce il fegato ed il sistema nervoso e di preferenza i nuclei della base.

I fatti anatomo-patologici e clinici su accennati fanno ritenere che il sistema pallido-striato è il centro dei movimenti automatici, il centro regolatore del tono muscolare e dei movimenti involontari.

Il sistema stesso consta di parti embriologicamente ed istologicamente distinte con funzioni specifiche varie.

Il globus pallidus (*paleostriatum*) filogeneticamente più antico è il centro dell'automatismo primitivo. E' esso che regola i primi movimenti coordinati del bambino che non sono nè volontari nè coscienti.

Questo automatismo primitivo, con lo sviluppo del *neostriatum* che diventa suo inibitore, cede il posto alla motilità volontaria governata dalla corteccia, buona parte della quale (cammino, linguaggio parlato e scritto e tutti gli altri movimenti abituali) con la ripetizione diventa anche essa automatica passando sotto il controllo delle grandi cellule del putamen, del globus pallidus e del locus niger.

Il sistema pallido-striato è un regolatore del tono muscolare.

Il globus pallidus ed il locus niger sono inibitori del tono muscolare nel meccanismo del tono di attitudine che interviene nella stazione in piedi, nella fissazione di un arto in una determinata posizione indipendentemente dalla motilità volontaria. Una lesione di tali parti liberando i centri sottostanti produce ipertonia.

A loro volta il putamen ed il nucleo caudato (neostriatum) esercitano una funzione inibitoria sul pallidus. La lesione del neostriatum quindi liberando il pallidus ne rafforza l'influenza inibitoria su i centri sottostanti donde ipotonia.

La lesione del neostriatum oltre a questo effetto determina, sempre per soppressione di inibizione, i movimenti involontari del tipo della corea, dell'atetosi e dello spasmo di torsione che sono equivalenti dell'automatismo primitivo, che, come si è detto, ha il suo centro nel pallidus.

La diffusione ed intensità delle lesioni delle varie parti del sistema pallido-striato rende conto fino ad un certo punto del vario aggruppamento dei sintomi nelle malattie esaminate e della loro varia intensità. Ancor meno chiara è l'interpretazione patogenetica dei tremori, che forse è da attribuirsi ad un disturbo della coordinazione delle eccitazioni toniche che sono sotto la dipendenza del medesimo sistema.

Quantunque non ancora nettamente definiti i rapporti tra i singoli sintomi delle malattie su esaminate e le lesioni anatomiche che ne sono alla base, è certo che gli studii compiuti negli ultimi decenni hanno fatto fare rapidi progressi alle nostre conoscenze sul corpo striato, la cui funzione era prima del tutto oscura.

SUNTI E RASSEGNE.

COLONNA VERTEBRALE.

La malattia di Kummel.

(J. MAGENDIE. *Gazette des Hôp.*, 8 febb. 1930).

Sotto i nomi di malattia di Kummel, di sindrome di Kummel-Verneuil, di osteite rarefacente dei corpi vertebrali, di spondilite traumatica, di spondilosi traumatica, di deformazione vertebrale postraumatica, di deformazione vertebrale traumatica tardiva, di cifosi traumatica, ecc., vien descritta una sindrome clinica che segue talvolta a traumi della colonna vertebrale.

La sindrome fu descritta la prima volta da Kummel nel 1891 sotto il nome di spondilite traumatica.

La causa dell'affezione è un trauma leggero, talvolta tanto leggero da essere rapidamente dimenticato dal paziente.

Nel primo periodo si hanno sintomi lievi: qualche dolore, un lieve impaccio dell'andatura, qualche molestia nella stazione in piedi. Tutto ciò dura qualche settimana, poi tutto scompare.

Nel secondo periodo il soggetto non sente più nulla e si ritiene guarito.

In capo a 4-8 mesi, più di rado ad un anno o due, segue il terzo periodo. Si hanno dolori più o meno intensi localizzati al rachide, irradiati a tipo di neuralgia intercostale, paresi degli arti inferiori con disturbi dell'andatura. Compare intanto una gibbosità angolare poco rilevata, formata dalle apofisi spinose di una o due vertebre. Quando sono interessate più vertebre si può avere una cifosi a raggio breve. Contemporaneamente si ha rigidità della

colonna vertebrale in prossimità della regione dolente, con impossibilità di qualsiasi movimento del tronco o del collo nel tratto corrispondente. Raramente si hanno zone d'ipoestesia o di anestesia, ed indebolimento o abolizione dei riflessi tendinei.

Il decorso è progressivo. La gibbosità, i dolori, i disturbi motori si accentuano sempre più. Ma se il paziente osserva il riposo in capo a 3-6 mesi ogni disturbo scompare.

Kummel ritenne che la lesione che sta alla base della sindrome sia un'osteite rarefacente dei corpi vertebrali. Il trauma che ne è la causa, non produce una frattura, ma un processo di rarefazione che provoca l'atrofia delle due faccie della vertebra per una specie d'ulcerazione compressiva. Il fatto caratteristico dell'affezione è la sproporzione tra l'entità del trauma e la gravità della sindrome.

Nel 1892 Verneuil sostenne che la sindrome descritta da Kummel fosse determinata da una frattura dei corpo vertebrali. Questo punto di vista fu sostenuto in base a reperti radiologici da molti autori ed anche dallo stesso Kummel, che però subito ritornò alla primitiva opinione.

Mouchet sostenne una teoria ecclettica: si avrebbe dapprima un disturbo trofico e poi la frattura.

Al punto in cui sono le cose vi sono tre tendenze per la spiegazione della patogenesi della sindrome descritta da Kummel.

La prima, che raccoglie i suffragi della maggioranza degli autori moderni, attribuisce l'affezione alla frattura del corpo spugnoso della vertebra.

La seconda, sostenuta da Kummel e Leriche, ritiene che il trauma è esclusivamente l'agente determinante di un'affezione osteomalacica probabilmente d'origine simpatica.

La terza tendenza cerca di conciliare le due prime: dapprima un disturbo trofico e poi la frattura.

Certo a favore dell'individualità e specificità della sindrome di Kummel stanno parecchi argomenti: l'entità del trauma incapace di provocare la frattura, il tempo trascorso tra l'agente causale e la comparsa dei sintomi, il fatto che la malattia è specifica dei giovani e rarissima nei vecchi che come è noto, hanno le ossa più fragili, la lentezza del decorso, ed infine il reperto radiologico che dimostra un processo osteoporotico o osteomalacico.

All'esame radiologico la vertebra lesa appare disugualmente appiattita in modo da assumere un aspetto cuneiforme. Talvolta si ha come un'ernia del tessuto spongioso spremuto attraverso il tessuto corticale.

Questa lesione si riscontra in una o due vertebre, raramente in tre o quattro.

Lo spostamento è minimo quando il legamento anteriore non è alterato. Ma esso può calcificarsi ed allora l'inflessione del rachide è più accentuata.

La guarigione si verifica quando l'appiattimento si è stabilizzato. Il callo così formatosi è definitivo.

I sintomi essenziali della malattia di Kummel, ossia i dolori e la gibbosità sono comuni ad altre affezioni della colonna vertebrale.

La spondilartria o lombartria di Leri e Rossi, o spondilite cronica anchilosante di Pehn e Daguet si differenzia per la comparsa dell'impaccio progressivo e per il decorso a crisi successive. All'esame si riscontra sempre una mobilità passiva della colonna vertebrale. Sono colpite numerose vertebre per modo che la curvatura ha un raggio più grande. La radiografia dimostra la caratteristica lesione a becco di pappagallo.

La spondilosi rizomelica di Pierre-Marie ha un decorso diverso e si accompagna a lesioni articolari dell'anca.

La cifosi eredo-traumatica di Bechterew è ereditaria e si verifica in soggetti sifilitici.

La siringomielia traumatica s'accompagna a dissociazione caratteristica della sensibilità, a disturbi trofici, mentre la deformazione si ha molto più tardi dopo l'accidente.

La platispondilite congenita si differenzia per la mancanza di dolori e per la coesistenza di altre note dismorfiche, ipospadia, sacralizzazione, costola cervicale, ecc.

Dal punto di vista pratico s'impongono due quesiti: la simulazione e la diagnosi differenziale con il morbo di Pott.

La prima non può eliminarsi se non mediante gli esami radiografici ripetuti. Per la seconda giova precisare i precedenti tubercolari del paziente. Inoltre nel Pott i disturbi midollari sono presso che costanti, mentre mancano nel Kummel. La radiografia dimostrerà nella spondilite tubercolare alterazioni differenti da quelle che si hanno nella malattia di Kummel. Si ha decalcificazione ed erosione molto più diffusa ed irregolare delle vertebre; i dischi intervertebrali sono assottigliati ed impiccioliti. L'evoluzione è progressiva e lenta.

La prognosi della sindrome di Kummel è grave *quoad valetudinem*. I dolori e la rigidità del rachide persistono per parecchi anni. La deformazione è irriducibile e definitiva. Generalmente si assegna una riduzione della capacità lavorativa del 25-30 %.

La cura del morbo di Kummel consiste essenzialmente nel riposo. Accertata la malattia, l'infermo deve rimanere a letto per lo meno per sei mesi con il rachide immobilizzato con un busto, che dovrà essere portato successivamente ancora per sei mesi. Per evitare questa perdita di tempo si è ricorso all'intervento chirurgico. L'operazione di Albee ha dato a molti autori eccellenti risultati. Tuttavia il trattamento ortopedico sembra sempre il preferibile.

DR.

I dolori sacrali sintomo di affezioni chirurgiche.

(O. Nordmann. *Med. Klin.*, n. 16, 1930).

L'esame di un paziente che si lagna di dolori alla regione sacrale deve rivolgersi a tutto il corpo. Prima di tutto si ispeziona la colonna vertebrale per vedere se non esistono delle anomalie evidenti. In seguito si palpano le vertebre per cercare di svelare in qualche punto circoscritto, un dolore alla pressione. In caso negativo, si cerca di determinare un dolore simile invitando il paziente a piegarsi verso l'indietro, verso avanti e lateralmente. Se questi esami della colonna vertebrale dànno un reperto positivo anche se lievissimo, è necessario un esame accurato del sistema nervoso, in primo luogo dei riflessi, della sensibilità e della motilità. I sintomi nervosi possono però mancare anche in gravi affezioni delle vertebre, è perciò necessario fare in tutti i casi una radiografia.

Lievi alterazioni dei corpi vertebrali, dei processi spinosi e dei processi trasversi, risultano evidenti soltanto nelle radiografie fatte in proiezione laterale.

In individui nervosi e isterici, oppure in individui che sono caduti sulle natiche si può osservare la « coccigodinia: il coccige è fortemente dolente alla pressione, talvolta esso è ripiegato verso l'interno. La palpazione dal retto spesso aumenta il dolore. In alcuni casi esistono nella regione coccigea tumori, p. es. teratomi congeniti che si possono talvolta infettare e determinano allora una sensazione di tensione accusata dal paziente come dolore sacrale.

Altre volte i dolori sono determinati da malattie della sinfisi sacro-iliaca. Dolori sacrali vengono talvolta accusati in casi di nevralgie intercostali o lombari. Si indaghi bene se l'irradiazione dei dolori e le anomalie dell'urina non indichino come causa una affezione renale o ureterale. Anomalie delle condizioni dinamiche in corrispondenza alla parte inferiore della colonna vertebrale possono determinare per via indiretta intensi dolori sacrali: così nei piedi piatti, nell'artrite deformante degli adulti, nella coxite tubercolare e nella malattia di Perthes dei bambini. Nei casi in cui l'esame della colonna vertebrale e della regione lombare ha dato risultato negativo, si pensi alla possibilità di processi patologici nel mediastino. In questa regione i tumori, specialmente un aneurisma aortico possono provocare forti dolori corrodendo l'osso e comprimendo le radici nervose. Altre volte i dolori sacrali sono determinati da affezioni della cistifellea, da ulcere gastriche o duodenali o da processi di appendicite cronica. Anche un rilasciamento delle pareti addominali e l'addome cadente possono provocare dolori sacrali insopportabili, specialmente in donne pluripare. In questi casi i dolori sono in rapporto con la lordosi, un busto ben fatto li fa spesso scomparire. Dolori sacrali possono anche essere determinati da carcinomi del retto e del colon, da miomi, da cisti ovariche o carcinomi dell'ovaio, da carcinomi della prostata. Pollitzer.

Linfogranuloma vertebrale.

(A. Conti. *Rinascenza medica*, n. 26, 1929).

La localizzazione rachidea del morbo di Hodgkin è rara (la letteratura ne registra una ventina di casi) e presenta un notevole interesse sia per la difficoltà di diagnosi che per le manifestazioni cui può dar luogo nell'ambito del sistema nervoso.

Interessa pertanto il caso descritto dall'A., che si riferisce ad una forma di linfogranulomatosi generalizzata, che oltre alle linfoghiandole esterne ed interne ha interessato anche il manubrio dello sterno e la IV e V vertebra lombare, il cui tessuto osseo all'esame istologico risulta in gran parte distrutto e sostituito da proliferazione granulomatosa con i caratteristici elementi, che ci è dato osservare a carico delle ghiandole linfatiche.

C. Giacobbe.

STATI ANAFILATTICI.

L'emicrania allergica.

(M. Balyeat e F. L. Brittain. *American Journal Medical Sciences*, agosto 1930).

La teoria allergica dell'emicrania va acquistando sempre più terreno.

Molti autori dello scorso secolo avevano intraveduto analogie tra l'asma, la febbre da fieno e l'emicrania. Tale ipotesi trovò conferma in studi che misero in evidenza i rapporti tra l'emicrania e la sensibilizzazione verso alcune proteine.

L'ereditarietà dell'emicrania, oramai dimostrata, non infirma l'etiologia allergica, anzi la conferma.

È stato rilevato che il complesso sintomatico allergico può manifestarsi trasformato nei vari membri della stessa famiglia. Così si è riscontrato che di cinque ragazzi della stessa famiglia, tutti specificamente sensibili al frumento, il primo soffriva di asma, il secondo di eczema, il terzo da febbre da fieno, il quarto di orticaria ed il quinto di emicrania.

Per altro la sensibilità dei genitori non si trasmette alla prole con la medesima specificità: i figli possono ereditare dai genitori la tendenza generica alla sensibilizzazione che in pratica si attua con sostanze diverse da quelle per le quali erano sensibili i genitori o gli ascendenti in genere.

Da tali fatti si deduce che l'emicrania è ereditaria non solo come complesso sintomatico ma anche come tendenza etiologica.

La sensibilità allergica per una o più pro-

teine estranee fu saggiata in 55 casi di emicrania. Le maggiori percentuali di reazioni positive furono date dal latte, dalle uova, dal pesce, dai legumi, dalle fave, dalle noci, dalle rape, dal formaggio, dal polline, dalle piume, dai peli di cane, di gatto, di cavallo.

Comunque, la maggior parte degli emicranici esaminati si mostrò sensibile a molteplici proteine alimentari e sostanze inalate.

I fattori predisponenti sono la fatica fisica e psichica, gli stati depressivi, le disfunzioni tiroidee, le cause genito-sessuali, gli stati tossici, i disturbi dei sensi specifici.

Gli attacchi di emicrania possono seguire la stanchezza fisica, gli sforzi mentali, gli stati di eccitamento. Possono quindi verificarsi in ogni momento della giornata senza essere preceduti da sintomi prodromici. Spesso però sono preceduti da irrequietezza e sonno cattivo. Qualcuno si sente stordito o stanco per tutta la giornata, fino a che compaiono le nausee e la cefalea. Le nausee sono costanti ma si verificano per lo meno in un buon terzo di casi accompagnate da vomito.

Di solito la cefalea si manifesta come una sensazione di pressione, per lo più ad una o ambo le tempie. Il senso di pressione aumenta gradatamente in superficie ed intensità fino al punto che molti pazienti dichiarano di sentire come se il cranio si spezzasse. In molti casi, quando il dolore ha raggiunto l'acme, non c'è parte del capo che dolga più delle altre. La intensità dei vari attacchi nello stesso paziente è molto variabile. In molti il dolore, il nervosismo, il senso di spossatezza giungono fino al punto da costringere a letto il paziente. L'attacco dura in media due giorni e può ripetersi fino a quindici volte in un anno. Molti pazienti affermano che tra un attacco ed un altro non sono mai liberi da una certa sensazione di peso alla testa.

Lo stato generale dei pazienti è generalmente buono.

La sindrome si verifica per lo più negli individui a sistema nervoso vegetativo molto sviluppato e sopratutto tra coloro che lavorano mentalmente. Si riscontra raramente nei negri, negli indiani e nei cinesi, tra i quali sono relativamente poco frequenti anche altre sindromi allergiche, come la febbre da fieno, l'asma, l'orticaria, l'eczema e simili.

Per identificare la sostanza sensibilizzatrice si adopera il metodo delle scarificazioni o quello intradermico. È molto difficile precisare le reazioni alimentari. Quasi sempre la sensibilizzazione è per varie sostanze. Per lo più si tratta di proteine.

L'emicrania deve essere differenziata dalle cefalee funzionali, dalla neuralgia facciale, dalle mialgie, dalle cefalee tossiche ed infettive, come quelle da alcool, da tabacco, da uremia o da disfunzione pituitaria.

Per quel che riguarda la prognosi va tenuto presente che l'emicrania scompare di solito verso i 40-50 anni. *Quoad vitam*, anche per eventuali complicazioni (eczema, asma, ecc.), è sempre buona.

Per rendere meno frequenti e meno gravi gli attacchi devono essere seguìte speciali norme igieniche (evitare la stanchezza fisica e mentale, eliminare eventuali cause tossiche, correggere i difetti della vista).

Quindi conviene eliminare dai pasti uno alla volta quegli alimenti o droghe (latte, uova, pesce, legumi, noci, ecc.) che più comunemente dànno sindromi allergiche fino ad identificare quello sensibilizzante. DR.

La terapia della malattia da siero.

(CH. ACHARD. *Journ. des praticiens*, 18 ott. 1930).

La patogenesi della malattia da siero è tuttora discussa. Essa viene ora interpetrata con la colloidoclasia, con la flocculazione colloidale, la quale produrrebbe secondo alcuni la vaso-dilatazione riflessa per contatto delle particelle flocculate con l'endotelio capillare e, secondo altri, darebbe un'eccitazione del sistema nervoso autonomo con consecutivi disturbi vasomotori e secretori. Il punto debole della teoria consiste nel fatto che non è ancora stabilito come si produce ed in cosa consiste la modificazione iniziale dei colloidi a cui sarebbero da attribuirsi i fenomeni.

Il *trattamento iniziale* della malattia da siero è soprattutto palliativo. Nelle eruzioni pruriginose, si applicheranno delle polveri inerti e si daranno dei calmanti; i sali di calcio sono altresì utili. Contro le artralgie, si userà l'aspirina od il salicilato di sodio.

Si eviteranno le intossicazioni intestinali con il regime latteo, le bevande abbondanti e zuccherate.

In caso di accidenti gravi, l'A. consiglia di lottare contro il collasso per mezzo degli stimolanti, quali la caffeina, l'olio etereo-canforato, l'adrenalina.

È stata preconizzata l'autoemoterapia, che sarebbe capace di fare scomparire degli incidenti minacciosi.

Ma è soprattutto la *profilassi* che s'impone. Utile è il riscaldamento del siero a 56° per 3 giorni consecutivi e l'invecchiamento in ghiacciaia per 6 mesi prima dell'uso. È stato preconizzato il siero dealbuminizzato, che sembra però meno attivo.

Si eviteranno, per quanto è possibile, le iniezioni endovenose; nel caso che si ritenga necessario farle, si diluirà il siero all'1 % in acqua salata o lo si mescolerà con parti uguali di soluzione di iposolfito di sodio al 5 %.

I sali di calcio, lattato, cloruro, citrato, avrebbero proprietà preventive.

Nel caso che si tratti di reiniettare il siero, si prenderanno le precauzioni necessarie, se-

guendo il metodo di Besredka o quello di Martin e Darré. Col primo, si inietta sotto la pelle 1/4 di cmc. di siero; dopo un'ora e mezza, nuova iniezione di 1 cmc.; dopo 4 ore, la dose intiera.

Col secondo, si iniettano subito 5 cmc. ma con grande lentezza, arrestandosi al minimo disturbo; dopo 1/4 d'ora, la dose intiera.

In modo analogo, si procederà per l'iniezione endorachidea, praticando la desensibilizzazione con l'iniezione sottocutanea od iniettando dapprima 1 cmc. nel rachide.

Una buona precauzione è anche l'iniezione preventiva di adrenalina.

fil.

RENI E VIE URINARIE.

Le nefriti saturnine.

(PASTEUR-VALLERY-RADOT e M. DÉROT, *Paris Méd.*, n. 42, ott. 1930).

Le nefriti da intossicazione di piombo sono ormai confermate dalle ricerche sperimentali e dalle osservazioni cliniche. Coloro che sono a contatto del piombo raramente sfuggono alla nefrite dopo un certo periodo di anni, nefrite che si manifesta con una sindrome d'ipertensione, si complica tardivamente all'azotemia, non si accompagna alla sindrome idropigena.

Etiologia. La nefrite cronica saturnina è la conseguenza d'una intossicazione leggera ma continua; vi sono soggetti pertanto i pittori, i tipografi, i vetrai, i fabbricanti di vernici, colori, di accumulatori elettrici. La forma acuta è più rara, e non si riscontra mai isolata; dipende in generale da una intossicazione massiva.

Il tossico incriminato è spesso il piombo metallico, ma agiscono ugualmente il minio, il litargirio, i cromati, ecc.

La via d'assorbimento è costituita principalmente dalle vie digerenti; l'assorbimento per via aerea, per le mucose, la pelle, le piaghe è discutibile.

Studio clinico. La *nefrite cronica* da intossicazione saturnina può essere messa in evidenza per caso, o per una sintomatologia che richiama l'attenzione sui disturbi funzionali del rene, quale i piccoli segni d'ipertensione, cioè le cefalee tenaci, la sensazione del dito morto, i disturbi visivi, i ronzii d'orecchi, le vertigini, i crampi, le epistassi.

Nella maggioranza dei casi si riscontra una pressione arteriosa aumentata, a carico della pressione massima e minima, a cui spesso si associa la sclerosi arteriosa, con arterie dure e polso teso.

Il cuore mostra una ipertrofia del ventricolo sinistro; l'aorta è un po' ingrandita.

I disturbi urinari sono rappresentati da: poliuria, talora abbondante, fino a 2-3 litri o più; pollachiuria, sopratutto notturna.

L'albuminuria spesso manca, od è presente in tracce, o può raggiungere il gr. per litro; talora è intermittente. L'esame citologico mostra cilindri jalini, raramente granulosi.

Le prove funzionali sono tutte più o meno turbate; l'azotemia è normale o poco aumentata.

La durata di tale nefrite è lenta; durante questo periodo predomina l'ipertensione, con i suoi accidenti di spasmi vascolari o di emorragie. A questi si possono aggiungere in seguito i disturbi per l'insufficienza ventricolare sinistra, con crisi d'angoscia, dispnea da sforzo, dispnea parossistica notturna, edema acuto del polmone. Se l'asistolia non mette fine a tali condizioni, si stabilisce un'azotemia che progredisce lentamente e porta a morte il malato.

Quindi la nefrite cronica saturnina è una nefrite a forma ipertensiva, con lievi disturbi della permeabilità renale dapprima; in seguito, a misura che l'affezione progredisce, i disturbi si accentuano e si sviluppa la grande azotemia.

Possono presentarsi anche altre forme, meno frequenti: forma albuminurica, forma con ematuria, forma con edemi.

Le *nefriti acute* saturnine sono rare; esse dipendono o da esagerata introduzione di sali di piombo, o da uno scoppio improvviso di una insufficienza renale, con anuria, vomiti, coliche d'inaudita violenza, diarrea sanguinolenta; nell'urina v'è albumina, cilindri jalini o granulosi; l'azotemia rapidamente raggiunge tassi elevati, fino a 7.50 ‰.

Anatomo-patologicamente nella nefrite cronica saturnina si hanno i caratteri d'una nefrite atrofica lenta, con piccolo rene sclerotico, e nefrite interstiziale banale.

L'atrofia è principalmente a carico della sostanza corticale, che è estremamente ridotta; le arterie sono beanti, a pareti ispessite. L'esame istologico mostra una sclerosi interstiziale diffusa predominante sulla corticale.

Nella forma acuta invece le lesioni sono a carico principalmente dei tubuli; la maggior parte dei glomeruli sono normali; le lesioni interstiziali appena accennate.

Patogenesi. La lesione primitiva della nefrite acuta è a carico dell'epitelio tubulare, come è la regola in tutte le intossicazioni acute. Invece per la nefrite cronica si discute ancora sulla primitiva lesione renale. Per alcuni è una lesione epiteliale, per altri è una lesione del tessuto congiuntivo interstiziale, per altri ancora è una lesione vascolare, un'*arterio-capillaris fibrosis;* per altri le lesioni sono di origine mista; quest'ultima teoria è forse la più rispondente alla patogenesi di tali nefriti.

Il piombo dev'essere considerato il fattore principale della genesi di queste lesioni renali; l'ipertensione arteriosa permanente durante il saturnismo cronico dev'essere considerata

come dipendente dall'intossicazione e non secondaria alla lesione renale; si sono riscontrati casi con ipertensione ed a rene sano; tuttavia in casi di ipertensione c'è da sospettare sempre una lesione renale.

Trattamento. Bisognerà fare allontanare il malato dal piombo; ciò però non interrompe il fatale andare della nefrite. Il paziente sarà curato come un nefritico cronico iperteso; bisogna ricordare che ora esiste un medicamento il quale agisce favorevolmente sugli spasmi vascolari, così frequenti nelle nefriti saturnine: l'acetilcolina. Queste iniezioni fatte in dosi sufficienti diminuiscono il vasospasmo, e talora fanno sparire i sintomi d'ipertensione.

L. CARUSI.

I carcinomi epiteliali della prostata. Diagnosi e cura.

(G. WALFRAMM. *Paris Méd.*, n. 11, 1930).

L'A. fa anzitutto rilevare come, nonostante i progressi della chirurgia, della röntgenterapia, della curieterapia, il cancro della prostata resta sempre un'affezione poco curabile.

Il cancro della prostata, clinicamente, può presentarsi con varie sindromi. Spesso il tumore si trova incapsulato in un adenoma e questa è la forma più suscettibile di guarigione. Alle volte il tumore è rilevabile con la palpazione come un corpo più duro aderente ad una prostata ingrandita. Anche in questi casi vi è probabilità di guarigione, ma meno che nel primo caso. In alcuni casi il malato urina spesso e con difficoltà. L'esplorazione rettale fa rilevare una prostata non molto ingrandita, ma irregolare, dura, e il tumore si trova nella glandola prostatica.

In altri casi, tanto egregiamente discussi da Dossat, nelle forme cioè mascherate, la diagnosi spesso si sbaglia fino a che troppo tardi si pratica l'esportazione rettale.

I pazienti hanno spesso nevralgie, dolori vaghi al dorso, negli arti inferiori. Sono curati per reumatismo cronico, sciatica, morbo di Pott. Tutti questi disturbi mettono in evidenza delle metastasi ossee.

Altri malati sono affetti da stipsi, da rettorragie lievi.

Sintomatologia. Turbe della minzione. Con tali disturbi spesso si inizia il tumore della prostata, disturbi che per altro possono mancare nell'11 % dei casi (Bumpus). Si hanno minzioni frequenti, dolorose, e la vescica si vuota male fino a raggiungere la ritenzione completa a cui si arriva gradatamente. Questo sintomo compare con ritardo; poichè il tumore si sviluppa lontano dall'uretra.

Dolori. In un piccolo numero di casi sono i dolori che aprono la scena alla sindrome. Si hanno sensazioni dolorose vaghe nel basso ventre, nel perineo, nel retto: queste ultime coincidono spesso con crisi di stipsi o di flebite emorroidarie, che possono nascondere la malattia principale.

Segni rettali. Costipazione e defecazione dolorosa.

Stato delle urine. Le urine rimangono chiare per molto tempo; esse si infettano con ritardo e meno intensamente nel cancro che nell'adenoma (Barney e Gilbert), tuttavia si ha una cistite.

Ematuria. L'ematuria è rara (13-14 % Bumpus, 17 % Deming). È più frequente nell'adenoma (Cunningham). In genere è poco accentuata; alle volte è iniziale ed ha allora grande importanza diagnostica. Secondo Legueu nel cancro della prostata l'ematuria iniziale è patognomonica, spesso è totale, con accentuazione terminale.

Condizioni generali. Per un certo tempo si mantengono buone. L'urea nel sangue aumenta (Bumpus).

Esplorazione rettale. Con tale esame possiamo classificare i malati in due gruppi, essenzialmente: operabili e inoperabili.

Si possono quindi riscontrare prostate a limiti netti e non distinti. La palpazione bimanuale fa rilevare un'enorme massa dura interposta tra le due mani.

La mucosa rettale perde la sua mobilità e le caratteristiche della sua superficie.

Cistoscopia. La cistoscopia è possibile per lo più. La mucosa vescicale è in genere sana. La regione del trigono è sollevata.

Per precisare la diagnosi nei casi dubbi si può eseguire il consiglio di Chevassu: palpare per il retto un esploratore metallico e il cistoscopio introdotto nell'uretra prostatica. Se si ha notevole spessore di tessuto tra il dito e la sonda è segno che si tratta di cancro; in caso contrario si ha ipertrofia semplice.

Estensione locale del cancro. Le vescichette seminali sono invase nel 90 % dei casi. L'uretra membranosa nel 51 %; la parete rettale nel 15 % (Denning); la parete vescicale, il perineo, il pene possono ulteriormente essere interessati.

Adenopatie. Non esiste alcun rapporto tra il grado di sviluppo del cancro nella prostata e la sua diffusione nel sistema linfatico.

Dei piccoli tumori possono dare metastasi accentuate, mentre grandi tumori possono, con ritardo, dare adenopatie.

Spesso si hanno a distanza (regione sopraclavicolare).

Metastasi. Le metastasi sono meno frequenti di quello che dicono Bumpus (25 %) e Barney e Gilbert (38 %).

Queste metastasi attaccano subito le ossa più vicine alla prostata (sacro, osso iliaco, colonna vertebrale, lombare, terzo superiore del femore) e invadono, in secondo tempo, le ossa più lontane (costole, cranio, vertebre alte: Bumpus).

Nei due terzi dei casi si hanno dolori (sciatica, nevralgia, nelle diverse regioni). In un terzo dei casi solo la radiografia fa rilevare la lesione. Le fratture spontanee sono rare. Esse determinano, se si hanno nel rachide, paraplegie, che hanno il vantaggio di dare insensibilità ai malati. Metastasi si sono avute nei polmoni, rene, pancreas; esse sono in rapporto con metastasi ossee delle vicinanze.

Diagnosi differenziale. L'esame del sangue può dare dei criteri per distinguere un adenoma da un cancro. In caso di adenoma si ha ipereosinofilia e polinucleosi neutrofila, mentre nel cancro si riscontra ipoeosinofilia e polinucleosi neutrofila (Legueu, Negro, Morel, Astraldi).

Un adenoma, con noduli flogistici, può fare errare; ma le modificazioni che subiscono i punti infiammati, la fuoriuscita di un po' di pus con la compressione della ghiandola, parlano per un adenoma infetto. La biopsia sarà utile.

Una prostatite cronica senza adenoma può far deviare nella diagnosi ma l'esame dell'essudato prostatico e le modificazioni dell'induramento porteranno alla diagnosi esatta.

Un calcolo della prostata è più duro ed ha limiti più netti. La radiografia del bacino ne confermerà l'esistenza.

La tubercolosi prostatica si accompagna ad altre localizzazioni dell'apparato genitale.

Il sarcoma si ha in individui più giovani: è più voluminoso, meno duro, e si differenzia dalle forme abituali di epitelioma.

Le cisti della prostata sono rare e non si possono confondere con forme pseudo-cistiche di epitelioma (Blanc).

Vi sono inoltre delle affezioni rarissime con le quali si può confondere l'epitelioma (leucosarcomatosi dei gangli del bacino (Blatt), linfogranulomatosi del bacino (Blatt e Markus), epitelioma malpighiano (Grayet).

Nei vecchi i dolori nevralgici senza causa precisa, i dolori reumatici, i dolori rettali e della minzione senza ostacoli (Hagner) debbono mettere in guardia.

Diagnosi anatomica. Dal punto di vista topografico vi sono, secondo Marion, tre tipi di cancro della prostata:

1) Il cancro sviluppato nell'adenoma;
2) Il cancro della glandola stessa;
3) Il cancro misto, di cui il punto di origine può essere l'adenoma o le ghiandole.

Cura. Il malato abbandonato a se stesso, in genere, muore dopo 6 mesi, o 4-5 anni. Quando dura molto è segno che il tumore si è sviluppato in un adenoma.

La causa del decesso è per lo più un'infezione polmonare, che si svolge su di un terreno minato dalla cachessia cancerosa e dall'insufficienza renale. Spesso si ha uremia.

La cura si distingue in trattamento curativo e palliativo.

a) *Il trattamento curativo* comprende i *metodi chirurgici*, i *metodi di irradiazione*, i *metodi combinati*.

Trattamento chirurgico del cancro della prostata. Le operazioni proposte sono due: 1) La prostatectomia soprapubica. 2) La prostatectomia perineale.

b) Trattamento per irradiazione. Dopo i mediocri risultati della chirurgia si è tornati alla roentgenterapia profonda e alla curieterapia. I primi risultati (1909) sono stati eccellenti. Si sono visti fondere dei cancri della prostata, ma tali risultati non sono punto costanti. Dopo un periodo di arresto, i cancri irradiati germogliano e danno metastasi. Si è accusata l'irradiazione di determinare lo choc per distruzione degli albuminoidi, anemia, insufficienza renale, rectiti, ulcerazioni, fistole uretro-rettali, dolori nevralgici, stenosi fibrose periureterali e dell'uretra, occlusioni intestinali, trombosi del plesso venoso prostatico con flebiti. Il valore curativo è discutibile. I metodi di irradiazione consistono nella roentgenterapia e nella curieterapia.

a) *Radioterapia profonda.* Secondo Loiland e Costelove i raggi X sono preferibili al radio, poichè attaccano più facilmente tutto il tumore. Non presentano danni e inconvenienti di sorta, mentre possono dare buoni risultati. Morton, Barney e Gilbert e Lozasus attribuiscono loro una efficacia relativa mentre per Marion e Legueu sarebbero capaci di determinare metastasi.

b) *Curieterapia.* I metodi usati in curieterapia sono i seguenti:

1) Curieterapia a distanza.
2) Curieterapia per le vie naturali.
3) Radiumpuntura per via transvescicale e per via transperineale.
4) Curieterapia per via combinata.
5) Curieterapia combinata alla roentgenterapia profonda.

1) *Curieterapia a distanza.* Consiste nel far agire una forte dose di radio (4 grammi) distribuiti per una superficie di 150 cm. quadrati, a 10 centimetri dalla pelle. L'irradiazione è filtrata con 1 cm. di platino.

2) *Curieterapia per le vie naturali.* Il radio può essere introdotto nell'uretra per mezzo di una sonda speciale e anche nella vescica.

Il radio può anche essere introdotto nel retto con una sonda speciale, che protegge la mucosa dalle irradiazioni.

3) *Radiumpuntura.* La radiumpuntura consiste nel crivellare la prostata con aghi o tubi portatori di aghi, e possono utilizzarsi due vie, la transvescicale e la perineale, che può effettuarsi o per via transcutanea o per mezzo della perineotomia.

4) *Curieterapia con metodi misti.*

5) *Chirurgia e irradiazioni combinate.*

Cura palliativa. Essa consiste nel sondaggio, la cistostomia, la perforazione della

prostata. È da ricordare la tecnica curiosa del Payr, che, con iniezioni di una soluzione di *pepsina*, ristabilisce la minzione nei tumori inoperabili.

Concludendo l'A. afferma che il cancro sviluppato in un adenoma può guarire operatoriamente, mentre la prognosi è molto riservata nei cancri veri della glandola dall'inizio.

La cura radioterapica risponde molto poco e può far peggiorare le condizioni generali e locali.

Legueu e Chatelin sono contrari alla cura chirurgica, col radium e coi raggi X, e si limitano a praticare cure palliative.

T. LAURENTI.

QUESTIONI PRATICHE.

Riposo, lavoro e giuoco nei sani e nei malati.

(FORKUHAR-BUZZARD. *The British medical Journal*, 22 novembre 1930).

Le domande riguardanti il riposo, il lavoro e il giuoco, che vengono spesso rivolte al medico, ricevono il più delle volte una risposta basata più sulla tradizione che sui concetti scientifici oggi dominanti. Il giuoco e il riposo sono generalmente considerati come mezzi profilattici e anche come mezzi terapeutici, anche dal pubblico profano di medicina, mentre il lavoro occupa una posizione meno nettamente definita nella mente del pubblico e tutte le volte che una malattia ha una causa oscura o cause concomitanti non facilmente distinguibili, c'è la tendenza ad incolparne un eccesso di lavoro, più spesso che un eccesso di alimentazione o di tabacco o di alcoolici. Fra i medici invece è giustamente molto meno diffuso il concetto che molte malattie possano trovare la loro causa in un eccesso di lavoro.

Le conoscenze fisologiche riguardanti il sistema nervoso guidano meno assai dell'esperienza clinica nel prescrivere il lavoro, il riposo, il giuoco, però è solo nella fisiologia che il clinico può trovare la spiegazione di molti fenomeni da lui osservati. Nel giudicare del valore del riposo come agente terapeutico non bisogna dimenticare che spesso noi attribuiamo valor curativo al riposo, mentre è solo al tempo che questo valore va riconosciuto in quelle affezioni che spontaneamente guariscono dopo un certo decorso. Inoltre la moda nelle cure ha sempre avuto una gran parte; basta ricordare le cure di riposo che si prescrivevano 30 anni fa in tutte le psiconeurosi. Ora il concetto che si ha del riposo in terapia è molto cambiato; questo non solo in malattie del sistema nervoso come la neurosi, ma anche nelle fratture ossee.

La prescrizione del lavoro acquista notevole importanza in particolari condizioni morbose. Un esempio è quello dei ragazzi epilettici. Per lo più i medici consigliano l'allontanamento dalla scuola e questo purtroppo anche sapendo che non solo non è rimedio che possa distanziare gli attacchi, ma che costituisce un provvedimento che agisce sfavorevolmente sullo sviluppo intellettuale e morale. Il Buzzard ritiene che l'epilettico abbia più probabilità di avere attacchi del male quando è disoccupato che quando la sua mente è occupata. Il lavoro può essere associato come elemento curativo alle cure medicamentose dell'epilessia. Un'altra malattia del sistema nervoso in cui i medici hanno l'abitudine di prescrivere il riposo è la sclerosi a placche, in cui la cura di riposo è assolutamente inutile, perchè le esacerbazioni della malattia si verificano a lunghi intervalli tanto in riposo assoluto che durante un'intensa attività. Il riposo in questa malattia sarà consigliato soltanto nelle fasi di acutizzazione del male. Anche per la paralisi agitante l'A. è dell'opinione che il riposo assoluto sia più dannoso che utile e che sia meglio permettere al malato di esercitare la sua attività naturalmente nei limiti consentiti dalle sue condizioni.

Per quanto riguarda le malattie così dette funzionali del sistema nervoso, l'isterismo è curato coi migliori risultati mediante la psicoterapia. Per le neurosi e le psiconeurosi è bene notare che il riposo assoluto non può garantire la guarigione e che nelle forme nervose che si attribuiscono ad esaurimento per eccesso di lavoro, l'esercizio muscolare anche sotto forma di giuoco, non rappresenta un vero riposo. Il problema della ricreazione necessaria a ristorare un sistema nervoso esaurito è un problema individuale che va risolto caso per caso e non ammette regole generali applicabili a tutti.

Il medico nel dare consigli deve considerare il lavoro non come un nemico, ma come un alleato nella terapia delle malattie nervose e la scelta delle ricreazioni da consigliare al malato va fatta seguendo le condizioni psichiche e fisiologiche del malato.

R. LUSENA.

NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE.

Dott. Ervin Liek, Danzica. *Der Arzt un seine Sendung*. I. F. Lehmann, Verlag, Munchen. — Id. *Irrwege der Chirurgie*. I. F. Lehmann, Verlag, Munchen. — Id. *Das Wunder in der Heilkunde*. I. F. Lehmann, Verlag. München.

Segnaliamo simultaneamente questi tre libri perchè si compenetrano e si completano a vicenda e nel loro insieme aprono un campo nuovo alla mente del lettore che, costretto a pensare e a meditare, si sente affascinato dall'attualità degli argomenti e dalla personalità eccezionale dell'Autore.

Il primo libro, *Der Arzt und seine Sendung*, di cui la prima edizione comparve alla fine del 1926 e la settima (28°-31° migliaio) nel 1928, è tradotto in inglese, svedese, czeco, finlandese, polacco e russo. Nel capitolo sulle Assicurazioni sociali l'A. sostiene che le assicurazioni sociali come sono oggi organizzate in Germania portano ai seguenti risultati: 1) coltivare e valorizzare lo stato di malattia anzichè promuovere ed esaltare lo stato di salute e di capacità produttiva; 2) selezione negativa, cioè di uomini tarati o nel corpo o nell'anima a danno dei validi fisicamente e psichicamente; quindi fiaccano la potenza del popolo tedesco e pregiudicano l'avvenire della razza.

Negli altri capitoli l'A. analizza la figura del medico dal primo momento che intraprende l'Università fino alla fine della sua missione. Il vero medico è quegli che vede nel malato non un caso interessante, ma un uomo sofferente nel corpo e nell'anima, discerne quando è necessario agire sull'uno o sull'altra, alleando la Scienza con l'Arte. La vera missione del medico è anche oggi come era nei tempi primitivi: dare la guarigione al malato o almeno, per quanto è possibile, il senso della guarigione.

Il secondo libro, *Irrwege der Chirurgie*, contiene 10 capitoli che l'A. chiama « escursioni critiche » scelti da 160 lavori da lui scritti nel corso di 25 anni. Con critica stringente e serrata (a volte ci sembra di leggere gli scritti di Augusto Murri) oltre che mettere in rilievo le false vie nelle quali è caduta di quando in quando la Chirurgia e la costante tendenza a ricadere in altre simili, addita come cause del fenomeno le seguenti:

1) Fra i chirurgi prevale una concezione materialistica, che porta a una sopravalutazione dello stato anatomico-meccanico in confronto dello stato funzionale.

2) Spesso si conclude sulla giustezza o meno di una indicazione operatoria, in base all'effetto conseguito colla operazione; si dimentica, che accanto ad una causalità meccanica, c'è una causalità biologica.

3) La specializzazione in Medicina ha invero portato a grandi progressi, ma d'altra parte ha ristretto l'orizzonte spirituale del singolo medico.

Questo libro, dedicato alla memoria di Billroth, fa luce senza riguardo in certi oscuri angoli della Medicina e della Chirurgia; in esso la Scienza e l'Etica raggiungono il più alto grado e non può non stimolare alla meditazione e all'autocritica chiunque legga con fervore e comprensione.

Il terzo libro, *Das Wunder in der Heilkunde*, che or ora ha visto la luce, interessa non solo i medici, ma tutte le persone colte.

Pur restando sul terreno della Scienza Naturale, il Lieck lascia la sua parte all'Irrazionale, a ciò che la nostra ragione non può abbracciare. Tocca il mistero della vita, della guarigione naturale delle malattie, delle guarigioni miracolose da lui personalmente osservate in parecchi luoghi rinomati, e specialmente a Gallspach, ad Hahnenklee, a Gudmannsbach, dove compiono i loro miracoli i medici maghi rispettivamente Zeileis, Steinmeyer e il « pastore della fame ». Il tentativo fatto dall'A. per spiegare quei fenomeni meravigliosi è guidato da una discriminazione obbiettiva e prudente; base di essi sono:

1) la fede del curante nel suo metodo;

2) la fede del malato nell'arte e nella potenza curatrice dell'uomo a cui si è totalmente affidato.

Il Lieck dice ai maghi: « Studiate medicina e allora diventerete qualche cosa di buono »; dice ai medici: « Imparate dai maghi a conoscere e a curare gli uomini; se vi dedicherete solo alla tecnica e alle ricerche scientifiche, sarete solo medici a metà ».

Guido Simoncelli.

CENNI BIBLIOGRAFICI

Giovanni Piccoli. *Sindromi nervose organiche consecutive a lesioni del cervello per ferite di guerra*. Cappelli, Bologna. L. 25.

È una casistica clinica di 32 osservazioni personali che per l'esattezza di indagine e per i commenti che le illustrano, portono un contributo importante alla conoscenza delle localizzazioni corticali e alla funzionalità dei più importanti centri nervosi.

L'A. ha preso in considerazione le sole lesioni traumatiche della corteccia e le sindromi da esse generate: riassume cioè le caratteristiche motorie e sensitive delle monoplegie, delle emiplegie, delle paraplegie e ne trae meditate conclusioni (come per es. la conferma dell'ipotesi dell'unilateralità dei centri del facciale superiore); enumera le cause delle atrofie muscolari e della contrazioni spastiche, e ci dà dimostrativi capitoli sulle aprassie, sui disturbi del linguaggio, sulle manifestazioni epilettiche, sulla sintomatologia subiettiva comune alle ferite cranio-cerebrali, alla concussio cerebri, ai commozionati in genere.

È un lavoro diligente ed interessante che merita di essere letto. A. P.

FR. MOHR. *Psychotherapie bei organischen Erkrankungen.* Vol. di pagg. 103, in-16°. G. Thieme, ed. Lipsia, 1930. RM. 4,80.

Le ricerche sui rapporti fra processi psichici ed organici si sono assai approfonditi in questi ultimi decenni; però ancora oggi a molti questi rapporti non sono chiari.

La tendenza « materialistica » cui si è ispirato quasi ovunque l'insegnamento delle discipline mediche fa poi sì che molti non vogliono adattarsi a considerare i fenomeni morbosi da un punto di vista « psicologico ».

Doppiamente opportuna riesce quindi la pubblicazione del volumetto del Mohr, che nel breve spazio di 103 pagine ha saputo condensare il frutto della sua ricca esperienza clinica su questi rapporti.

Partendo dal presupposto che non esiste malattia organica che fin nelle sue più fini particolarità non sia, in grado più o meno grande, influenzata dalla psiche, l'A. svolge il suo tema in 6 capitoli, in cui successivamente tratta « dei fatti che dimostrano i rapporti intercorrenti fra processi psichici ed organici », delle « basi dei rapporti reciproci psicofisici », dei « metodi terapeutici psicofisici », e finalmente della « psicoterapia delle singole malattie organiche ».

Il Mohr difende teorie che certo non da tutti sono accettate e da molti vengono avversate. L'oggettività con la quale egli però tratta l'argomento e l'interesse intrinseco che questo presenta, rendono la lettura del suo volume attraente e certo utile per tutti quelli che si vogliono tenere al corrente delle più recenti tendenze mediche. ENDERLE.

A. KRONFELD. *Perspektiven der Seelenheilkunde.* Vol. in-8° di pagg. 384. G. Thieme, ed. Lipsia, 1930. R. M.

L'A. ha posto ad argomento della sua opera lo studio della psiche schizofrenica. Egli tenta di analizzare il pensiero dei malati colpiti dalla sindrome che indichiamo col nome di « demenza precoce » partendo, non come abitualmente si fa, da un confronto del comportamento esterno di questi infermi con quello dei normali, ma cercando di approfondire l'intima struttura del loro pensiero e di analizzare il modo con il quale il mondo esteriore è da essi percepito e del come ad esso reagiscono.

L'A., conscio della difficoltà dell'argomento propostosi, ha cercato di superarlo adottando un metodo di indagine strettamente scientifico e quanto più esatto possibile. Nei due primi capitoli in cui tratta della psicologia oggettiva e soggettiva e dell'unità della personalità, egli pone le basi metodologiche della sua indagine. Nel III, IV, V e VI capitolo approfonda i « Problemi dell'anormalità psichica » e poi la psicopatologia dell'attività motoria, quella della parola e quella della volontà e degli impulsi. Nel cap. VII è studiata la psicopatologia della percezione, e nel capitolo VIII quella dei deliri, dei sentimenti deliranti e dell'Io.

Il volume si chiude con una lunga trattazione dei « Problemi della schizofrenia », in cui sono sintetizzati i risultati ottenuti dall'A. con l'analisi dei « Sintomi schizofrenici » e vengono proposte le possibili soluzioni del problema psicologico fornitoci dalla demenza precoce.

L'opera dell'A., poderoso contributo allo studio della psiche del demente precoce, è inspirata alle vedute della scuola psichiatrica di Heidelberg, di cui sono caposcuola Jaspers e Willmanns, accostandosi però anche a quelle del Bleuler e del Kretschmer, ed è opera veramente indispensabile a chi vorrà studiare in futuro l'arduo problema trattato dall'A.

Un solo appunto ci permettiamo muovere all'A., ed è di non aver tenuto alcun conto della letteratura italiana sull'argomento.

ENDERLE.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica Trevisana.

Seduta del 27 novembre 1930.

Presidente: prof. FIORANI.

Resezione del nervo presacrale in ginecologia.

G. BOMBI. — Dopo una breve sintesi sulle condizioni attuali della chirurgia del simpatico l'O. espone i risultati ottenuti con tale resezione in dieci casi. Seguita da completo successo in nove casi di sindromi dolorose pelviche (sei nevralgie pelviche e tre dismenorree), e da un insuccesso in caso di prurito vulvare. L'O. analizza poi il meccanismo di azione dell'intervento mettendo in evidenza come, oltre alla scomparsa del dolore, si siano ottenute delle modificazioni utili di evidenti anomalie vasomotorie, e richiama l'attenzione sulla opportunità di praticare su più larga scala un intervento che può sin da oggi esser ritenuto innocuo e considerato di grande e reale efficacia terapeutica.

La chirurgia del dolore in ginecologia.

D. CALZAVARA. — L'O. dà relazione di circa sedici casi di affezioni dolorose ginecologiche, nelle quali egli eseguì svariati tipi di interventi sul simpatico pelvico. Fra questi ve n'è uno suo personale ed esperimentato con ottimo esito: esso consiste nella simpaticectomia chimica dei plessi utero-ovarici, mai finora eseguita a questo scopo. Secondo l'O. gli interventi di tal genere sono da ritenersi in via di principio come secondari, nel senso che prima si deve provvedere a curare medicalmente e chirurgicamente la affezione dolorosa, e solo successivamente, o quando altre cure siano impossibili, si deve pensare ad interrompere le vie nervose del senso.

Psicosi associate ad alcune malattie oculari.

A. BOZZOLI. — Otto osservazioni di psicosi in soggetti affetti da cataratta binoculare senile, ed operati con esito funzionale che varia fra i 3 ed

i 10/10 di visus riacquistati. L'O. ritiene che queste turbe psichiche a tipo confusionale si riscontrino in soggetti con tare neuropatiche emotive, ammettendo solo valore di *choc* all'atto operativo. Consiglia l'uso di oppio o di morfina, e la massima cura dell'ambiente, nel quale il paziente vive prima dell'intervento. L'O. presenta inoltre una ragazza ventenne ambliopica sin dalla nascita per cataratta congenita complicata bilaterale a tardo sviluppo intellettivo. Fu operata due anni or sono con buon esito funzionale. L'esame, eseguito a due anni di distanza dall'atto operatorio, denota un conseguente sviluppo psichico molto notevole. L'O. considera il soggetto dal lato visivo e da quello psichico: dimostra come, riacquistata la vista, fu necessario che la paziente « imparasse a vedere », essendo, immediatamente dopo l'operazione, incapace di distinguere la forma, la dimensione, il rilievo e la localizzazione degli oggetti nello spazio, facoltà che al giorno d'oggi ha acquistata discretamente.

L'O., considerati i rapporti talora di causa ed effetto fra senso ed intelletto, richiama l'attenzione su tale caso (il 31° della letteratura) e pone in relazione lo sviluppo psichico odierno della paziente con la riacquistata visione, per cui la nozione del mondo esterno che fu puramente tattile ed auditiva, oggi si è completata col massimo dei sensi, e cioè quello della vista.

Contributo clinico alla jonoforesi iodica in terapia oculare.

D.ssa LEOLIA MEAGLIA. — Risultati ottenuti in cinquanta ammalati. Le forme trattate furono varie; cataratta inziale, opacità diverse della cornea, fatti infiammatori a carico dell'iride e del c. ciliare, opacità del vitreo, miopie, neuriti ottiche, coroiditi, ecc.

I pazienti vennero seguiti fino ad un anno dopo la cura. Risultati buoni, e tali da raccomandare questo mezzo di terapia oculare in tutti quei casi in cui occorre trasportare grandi quantità di iodio nell'interno dell'occhio.

La percentuale comporta il 50 % di miglioramenti, il 30 % di stazionarietà, ed il resto di nessuna azione benefica.

Un dodicennio di cure antitetaniche col metodo Baccelli.

S. PILLONI. — Dopo l'analisi di tutte le cure antitetaniche e dopo lamentato il silenzio nel quale il metodo Baccelli fu abbandonato, l'O. passa ad illustrare i casi raccolti. Sommano a 53 e sono di tetano traumatico (ad eccezione d'uno cefalico) e colpiscono entrambi i sessi in età varie dai 9 ai 69 anni. Li divide in tre gruppi, fulminanti, gravissimi e gravi, e ciò in base al periodo d'incubazione, alla gravità dei sintomi, all'altezza della temperatura ed alla durata della malattia. Nei casi fulminanti (in tutto 11) la mortalità fu del 100 %, e l'autore ne attribuisce la causa alle dosi troppo deboli di fenolo, p. es. la dose massima quotidiana di gr. 0,28 e la dose totale di non più di gr. 0,45, quantitativi assai inferiori a quelli raccomandati dal Baccelli. Nei casi gravissimi (in numero di 14) le guarigioni rappresentarono il 60 %: nei casi gravi esse furono l'esito nel 96 %. Complessivamente quindi il metodo ha dato il 70 % di guarigioni.

L'O. aggiunge poi che la nefrite, complicanza assai temuta, fu osservata solamente in tre casi, ma in genere gli ammalati dimostrarono grande tolleranza per il fenolo compreso un paziente nel quale si raggiunse la dose massima quotidiana di gr. 0,75 e quella totale di gr. 87,55 senza inconvenienti e con esito in guarigione.

PLF.

Società di Scienze Mediche di Conegliano e Vittorio

Seduta del 3 ottobre 1930.

Presiede il prof. COLETTI.

Cause di insufficienza cardiaca, comportamento del cuore sinistro e destro di fronte alle medesime.

Prof. TRAMONTINI. — L'O., fissati i concetti fondamentali che regolano la macchina cardiaca e posto il canone che le forze di riserva del cuore nell'ipertrofia compensatrice sono sempre inferiori a quelle del cuore sano, studia le cause che inducono all'insufficienza cardiaca in genere e in specie a quella dei due ventricoli.

Fra le cause di questa a carico del v. s. sta in prima linea l'ipertensione arteriosa o sola o associata a sclerosi renale con azotemia, specie se unita a lesione aortica come nel morbo di Hodgson, secondariamente le lesioni miocardiche, la sinfisi pericardiaca, producono sindromi di insufficienza cardiaca a carico del ventricolo s. nonchè del d., essendo le alterazioni muscolari diffuse ai vari segmenti cardiaci.

Ne descrive il quadro clinico da prima in periodo prodromico, più tardi conclamato con la triade classica dell'asma cardiaco, dell'*angor pectoris* e dell'edema polmonare. Discute sul pronostico sempre oscuro quando nel quadro dell'insufficienza cardiaca domini questa sintomatologia, specie se vi coesista il polso alternante, le aritmie da extrasistole, la bradicardia postaccessuale e la discesa della pressione arteriosa colla conseguente dilatazione acuta del cuore.

Viene quindi a trattare dell'insufficienza del v. d. di cui ne distingue due forme: la prima ad andamento lento e fatalmente progressivo, la seconda più rara a forma acuta o subacuta. La prima segue ad un ostacolo della piccola circolazione quale si ha nelle sinfisi pericardiche o pleuriche, nell'enfisema polmonare, nella tisi fibrosa, nella miocardite lenta, nei vizi dell'arteria polmonare e specie nei vizi dell'orifizio mitralico di cui ne rappresenta l'esito; la seconda che può seguire ad insufficienza acuta del v. s. in seguito a fatiche eccessive, a marcie prolungate, riscontrasi anche nelle sclerosi pleuro-polmonari, dove gli edemi agli arti e la cianosi colla comparsa di un soffio alla xifoide debbono far pensare alla sindrome cardiaca a rapido decorso associata alla forma polmonare.

Dopo aver descritto il quadro del cardiaco asistolico e rammentato come gli AA. francesi distinguano tre varietà di asistolia ossia la polmonare, la renale, e l'epatica (distinzione affatto scolastica) l'O. mette in guardia i colleghi sul pronostico del cardiopaziente poichè talora con una medicazione bene appropriata una diuresi liberatrice può far ritornare a vita chi era votato a morte.

Il Segretario: Dott. P. FABRIS.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Studi sull'etiologia del comune " raffreddore ".

Il comune « raffreddore » non è una semplice infezione di scarsa importanza delle vie respiratorie superiori. Il suo studio accurato potrà forse darci la chiave di infezioni più gravi che hanno la loro porta d'ingresso nelle vie respiratorie superiori. Molti furono i germi trovati dai vari autori, ed è difficile dire quale importanza si debba veramente dare ad ognuno di essi. Il problema è stato studiato per diversi anni da Shibley, Mills e Dochez (*The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 22 nov. 1930). Essi poterono togliere da posto di primaria importanza numerosi germi: pneumococchi, streptococchi, bacilli di Pfeiffer, stafilococchi, cocchi gramnegativi, batteri filtrabili gramnegativi, il che essi fecero studiando un certo numero di individui normali. Secondo questi autori il « raffreddore » è prodotto da un virus filtrabile ignoto.

Avendo notato che gli antropoidi possono contrarre il raffreddore dall'uomo essi si servirono di scimpanzè ai quali strofinarono nelle narici garza imbevuta di muco nasale di uomo raffreddato. Ottennero un raffreddore che si presenta collo stesso quadro clinico che ha nell'uomo e riuscirono a trasmetterlo collo stesso metodo da animale ad animale. La flora batterica dello scimpanzè è risultata uguale a quella dell'uomo. Essi inocularono 28 volte in scimpanzè secreto nasale filtrato di uomo (20 da uomini con raffreddore e 8 da uomini normali). Dei 20 animali trattati col filtrato di raffreddati 4 furono esclusi perchè si trattava di animali comprati da poco tempo e che non si sapeva se avessero sofferto recentemente di malattie dell'apparato respiratorio. Degli altri 16, 7 contrassero il raffreddore sperimentale, coi caratteri soliti, con incubazione oscillante fra 36-48 ore. La modificazione più importante osservata è stata la maggiore attività della flora abituale della gola e del naso, poichè streptococchi emolitici, pneumococchi e b. di Pfeiffer aumentavano di numero e si estendevano maggiormente sulla mucosa. Questo fatto fu osservato anche nel raffreddore spontaneo delle scimmie. Furono fatte esperienze di controllo inoculando a scimpanzè filtrato riscaldato di secreto nasale di uomo raffreddato e secreto diluito di uomo normale senza ottenere modificazioni patologiche.

Gli anaerobi gramnegativi che attraversano i filtri non hanno importanza nello sviluppo del raffreddore, poichè questo si è potuto trasmettere tanto con secreti che ne contenevano quanto con secreti che ne erano privi e parecchie volte si ebbero risultati negativi con secreti che ne contenevano. Questi germi sono presenti nel secreto del 75 % degli uomini sani.

L'immunità che segue il raffreddore fu notata per 3-4 mesi.

Durante un periodo di immunità uno scimpanzè si ammalò di influenza per contagio da uno dei guardiani, quindi l'influenza non deve avere nessun rapporto col raffreddore comune.

Gli AA. fecero colla stessa tecnica dell'inoculazione intranasale la trasmissione del raffreddore da uomo a uomo, ottenendo 4 risultati positivi su 9 casi. Gli stessi risultati descritti per lo scimpanzè si ebbero nell'uomo anche dal punto di vista batteriologico, e cioè il comune raffreddore, di cui non si conosce l'agente etiologico, esalta la virulenza di germi presenti normalmente nelle vie respiratorie alte in modo da rendere ragione qualche volta di alcune gravi complicazioni del raffreddore.

R. LUSENA.

SEMEIOTICA.

Reazioni Wassermann dubbie.

Greval, Yesudian e Chandhury riferiscono (*The Ind. Journ. of. med. Research*, 4, 1930) le loro indagini sulla reaz. Wassermann, ad interpetrazione dubbia.

Essi affermano che nel fare una R. W. con antigene anticomplementare, è necessario avere un siero di controllo, che contenga la dose funzionante del complemento.

Le reazioni irregolari sono frequenti, ed è preferibile chiamarle « dubbie »: la sospensione di globuli rossi non è sempre omogenea: essa può essere standardizzata colometricamente.

Le reazioni positive date da sieri leggermente emolizzati, o da sieri tinti dalla bile devono essere accettate; non così le risposte positive fornite da sieri assai colorati, o grossolanamente contaminati: in tali casi si dovrà ripetere la reazione con sieri freschi.

Reazioni deboli e dubbie possono scoprirsi solo usando una piccola dose di complemento: in caso di sieri contenuti in alto titolo anticomplementare, si farà ricorso al siero controllo.

L'antigene non si altera, seppur conservato a lungo: l'opalescenza data da alcuni sieri, senza fenomeni d'inibizione delle lisi, non rappresenta una reazione « dubbia ».

Il valore diagnostico di una reazione positiva, infine, non è affatto diminuito dal fatto di essere stata riattivata con opportune iniezioni.

V. SERRA.

Un " antigene tipo „ da usare in tutte le reazioni di flocculazione per la lues.

Krishnau (*The Ind. Journ. of. Med. Research*, 4, 1930) raccomanda l'uso di un antigene facile a fabbricare ed a standardizzare. È un estratto colesterolizzato alcoolico di miocardio di pecora, fissato per un contenuto totale lipoido-colesterinico del 1,07 % e un contenuto colesterinico di meno del 0,25 %.

Usando adatte quantità di sospensioni saline (—1, —05, —025), questo antigene dà i più felici risultati, sopratutto nella reazione di Kalm, ma anche in quella di Sachs Georgi e di Wasermann.

Il vantaggio di questo siero è di dare reazioni marcate, anche con sieri che reagiscono debolmente, senza dar del resto risposte false o dubbie.

Infine questo antigene standardizzato è anche straordinariamente poco costoso.

V. SERRA.

CASISTICA.

Il reumatismo tubercolare.

Per fare la diagnosi di reumatismo tubercolare, si esige generalmente l'esistenza di un'altra localizzazione od almeno la cutireazione positiva, l'inefficacia dei salicilati, la reazione di focolaio alla tubercolina, la mononucleosi del liquido articolare, l'affezione dello stato generale, il decorso cronico con tendenza all'anchilosi, la presenza di bacilli nel liquido articolare od almeno la positività dell'inoculazione con esso.

Secondo E. Ruescher (*Revue de la tubercolose*, vol. XI, n. 5) deve invece avere la preminenza la diagnosi clinica. Le forme di reumatismo tubercolare sono assai variabili. Alcune sono fugaci e rassomigliano all'edema di Quincke, altre, pure transitorie, sono in dipendenza di un'invasione batterica nel sangue; in qualche caso, i bacilli scatenano una forma miliare mortale. In tutti i casi, *l'anamnesi è tipica*: in assenza di fenomeni acuti, si hanno dolori, poi rigonfiamento articolare che spesso guarisce per recidivare. La radiografia mostra le superfici articolari intatte e, talvolta, delle modificazioni strutturali della spongiosa. L'enucleazione chirurgica fa scomparire l'infiammazione perifocale, senza timore di fistole consecutive purchè si prenda cura dello stato generale con la cura climatica, elioterapica, ecc.

Le tubercolosi articolari, primitivamente sinoviali, sono spesso confuse col reumatismo tubercolare; esse possono guarire col trattamento, ma vanno soggette a recidivare.

Oltre alle forme monoarticolari, vi sono anche quelle poliarticolari.

In 5 casi dell'A., la capsula articolare era inspessita, l'interstizio articolare ben conservato, la sostanza ossea delle estremità atrofizzata, i movimenti ostacolati. Alle dita, si ha spesso anchilosi ossea. In un caso, in cui le lesioni erano simmetriche, il ginocchio destro presentava la scomparsa completa dell'interstizio articolare, con tutti i segni di tubercolosi articolare ed anche spina ventosa e spalle, ai piedi. Le forme di tal genere non possono essere considerate come tossiche, ma devono essere ritenute di origine batterica.

fil.

Reumatismo e tubercolosi.

K. Reitter (*Wiener med. Woch.*, 5 ott. 1929) osserva che noi non conosciamo nulla sull'eziologia del reumatismo articolare acuto. È indubitabile che la tubercolosi può provocare dei quadri clinici del tutto paragonabili a quelli del reumatismo articolare franco, come aveva già affermato, ai suoi tempi, Poncet. L'A. afferma addirittura di aver trovato, mediante i più moderni metodi di ricerca, dei bacilli di Koch nel versamento articolare in casi di reumatismo articolare acuto; insiste inoltre sul fatto che anche la tubercolosi può dare delle endocarditi e che il nodulo di Aschoff, ritenuto come caratteristico del reumatismo, è ancora assai misterioso nella sua patogenesi e nella sua natura.

In base alle sue vedute, egli ha trattato i suoi casi di reumatismo articolare acuto, dapprima con salicilati ad alte dosi e poi, se tale rimedio non è subito efficace, con una tubercolinoterapia prudente, associata ulteriormente all'elioterapia.

L'A. discute altresì la questione delle angine nei reumatizzati, ne riconosce la frequenza e le considera come un fattore di aggravamento o di recidiva (consiglia quindi la tonsillectomia), ma nega che esse costituiscano la causa e l'origine delle manifestazioni articolari.

fil.

TERAPIA.

Il trattamento dei diabetici con riguardo alle funzioni renali ed epatiche.

O. Bang (Supplemento XXXIV agli *Acta medica scandinava*) ha osservato che una piccola quantità di idrati di carbonio in alcuni diabetici, può determinare, accanto alla chetonuria (reazione di Rothera positiva), anche l'urobilinuria, che è espressione di insufficienza epatica. L'urobilinuria è quasi costante nei diabetici con chetonuria.

Se il diabetico è affetto anche da lesioni renali, l'urobilinuria può mancare od essere scarsa e comparire con il miglioramento della funzione renale.

Con la somministrazione di una sufficiente quantità di idrati di carbonio e di insulina in quantità adatta, può farsi scomparire l'urobili-

nuria del diabetico e, così anche la chetonuria. Si ripristina così la funzione normale del fegato, si diminuisce la sensibilità agli idrati di carbonio, si abbassa la glicemia e si può, in seguito, ridurre la quantità di insulina.

Anche la funzione renale, che nei diabetici con chetonuria e chetonemia è sempre compromessa, può ridiventare normale.

fil.

Effetto terapeutico degli zuccheri invertiti combinati all'insulina nell'acidosi diabetica.

Nell'acidosi diabetica riesce utile dice O. Puksko (*Münchner med. Wochenschr.*, n. 44, 1930) la combinazione dell'insulina con la somministrazione intravenosa, oppure anche orale di zuccheri invertiti (10 gr. 1-2 volte al giorno). Con questa terapia si ottiene la scomparsa dei corpi chetonici dall'urina, una notevole diminuzione della glicosuria e spesso anche notevoli aumenti di peso. Lo zucchero invertito è perciò specialmente raccomandabile, per la cura ambulatoria del diabete, specialmente per quei casi in cui l'insulina da sè sola non ha determinato la desiderata diminuzione dei corpi chetonici. Poichè lo zucchero invertito artificiale è piuttosto caro, si userà specialmente lo zucchero invertito naturale; cioè il miele naturale. La somministrazione di saccarosio ha invece una azione dannosa sulla chetonuria e sulla glicosuria dei diabetici.

R. POLLITZER.

Reazioni locali da insulina.

Le reazioni da insulina, oltre a quella ipoglicemica, non erano rare nei primi tempi di uso di tale rimedio quando esso non era sufficientemente purificato e si iniettavano, con la parte attiva, forti quantità di proteine. Attualmente, tali reazioni sono diventate rare.

M. Lasersohn (*Journ. amer. med. assoc.* 19 luglio 1930) riporta un caso in cui, 12 ore dopo ogni iniezione, si manifestava prurito con eritema ed indurimento della pelle. L'iniezione in altri diabetici di parte della stessa fiala di insulina non determinava nessun disturbo, il che dimostra che si trattava di sensibilità individuale. In seguito, le manifestazioni cutanee si avevano più precocemente, anche quasi subito dopo l'iniezione, ma erano di dimensioni più modeste e scomparivano presto.

L. Tuft (*Amer. journ. med. scien.* nov. 1928) ha pure riportato diversi esempi di reazioni da insulina, consistenti per lo più in orticaria generalizzata ed edema.

Secondo alcuni autori, tali reazioni sarebbero dovute ad una manifestazione anafilattica, secondo altri dipenderebbero da particolari caratteristiche fisiche o chimiche del prodotto usato.

Ad ogni modo, sembra inutile procedere in tali casi alla desensibilizzazione, in quanto che, con l'andar del tempo, le reazioni tendono ad attenuarsi. *fil.*

L'oppio nel diabete.

Secondo le ricerche di R. N. Chopra e P. Bose (*Indian journal med. research.*, luglio 1930) la somministrazione di piccole dosi di oppio (da 6 a 36 cg. al giorno) dà una lieve riduzione della quantità di urina escreta nei casi leggeri di diabete. Nei casi gravi, invece non dà riduzione nè della sete, nè della poliuria, nè della frequenza della minzione.

Nei casi precoci e lievi di diabete, l'oppio ha un effetto marcato di ridurre la quantità giornaliera di zucchero eliminato con l'urina; in alcuni casi, esso scompare del tutto. Invece, nei casi gravi, l'oppio non ha nessuna influenza.

L'oppio non ha un effetto notevole sullo zucchero del sangue, anzi nelle forme gravi lo aumenta.

In alcuni pazienti la somministrazione dell'oppio eleva distintamente la soglia di escrezione renale dello zucchero; questo diminuisce nell'urina, mentre aumenta nel sangue. Quindi, non è consigliabile di somministrare tale medicamento nel diabete. *fil.*

Il fluoro nel morbo di Basedow e nell'ipertiroidismo.

L. Goldemberg (*Prensa medica argentina*, 10 ottobre 1930) ha introdotto i fluoruri nella terapia del morbo di Basedow grave e dell'ipertiroidismo, fin dal 1928 e li ha usati con successo in casi nei quali erano riusciti inattivi lo jodio e la radioterapia. L'ipertiroidismo semplice può essere del tutto guarito con la fluoroterapia per via orale, la quale è molto più attiva che per via endovenosa.

Nei casi di Basedow o di ipertiroidismo semplice, si inizierà il trattamento esclusivo con fuoruri per via orale, somministrando il fluoruro di sodio in soluzione acquosa al 2/100 alla dose giornaliera di 10-50 gocce ripetute 4 volte al giorno, in un po' di latte; in tal modo, si somministrano g. 0.04-0,20 di fluoruro di sodio al giorno. Se i malati presentano intolleranza intestinale, si ricorrerà al fluoruro di ammonio e si faranno iniezioni endovenose di 4-5 cmc. con una soluzione acquosa di fluoruro di sodio al 2/100. Si fanno serie di 15 iniezioni distanziando le serie di 15-20 giorni.

La fluoroterapia per via orale va continuata per parecchi mesi fino a che si ottenga la normalizzazione del metabolismo basale.

Le iniezioni endovenose di fluoruro di sodio, alle dosi accennate sono innocue e potrebbero essere tentate anche per altre malattie, in considerazione del loro potere antisettico.

L'A. riporta, a conforto della propria tesi, numerose osservazioni cliniche. *fil.*

RUBRICA DELL' UFFICIALE SANITARIO

La difesa contro le malattie infettive.

Varicella, vaiuolo e vaiuoloide.

Il regolamento generale sanitario 3 febbraio 1901 prescrive l'obbligo della *denunzia dei casi di vaiuolo e vaiuoloide*, ed il decreto ministeriale 15 ottobre 1923 ha esteso tale obbligo anche ai casi di *varicella*. Con successive istruzioni ministeriali (circolare 21 marzo 1928 ai Prefetti) è stato disposto che nell'eventualità di manifestazioni, anche sospette, di vaiuolo, vaiuoloide e varicella, la segnalazione sia fatta nel modo più sollecito (telegraficamente), fornendo per ogni singolo caso i seguenti dati: generalità del malato; età; data ed esito della prima e delle successive vaccinazioni; numero delle cicatrici vaccinali; notizie sul tipo della malattia (vaiuolo mite, discreto, grave, confluente, emorragico) ed esito di essa; origine del contagio, specialmente in rapporto alla manifestazione dei casi miti o sospetti nella famiglia e nel Comune; provvedimenti adottati. Occorre appena rilevare come questi dati clinici, immunitari ed epidemiologici, che l'ufficiale sanitario curerà siano esattamente raccolti, possono, in molti casi, riescire di ausilio prezioso per la diagnosi differenziale fra varicella e vaiuoloide, diagnosi non sempre facile ed alla quale talvolta i medici curanti non attribuiscono la dovuta importanza. Accade non infrequentemente di vedere diagnosticate per vaiuoloide delle forme di varicella alquanto grave, mentre è fortunatamente più raro il caso che vengano considerate come varicella forme di vaiuoloide. È noto che la varicella è malattia di carattere benigno e per la quale non si richiedono provvidenze profilattiche di speciale importanza, e che essa non ha alcun rapporto colla vaiuoloide e col vaiuolo, nè dal punto di vista eziologico ed immunitario, nè da quello epidemiologico. La vaiuoloide, invece, non è che una forma di vaiuolo clinicamente attenuata ed agli effetti epidemiologici e profilattici deve esser considerata identica ad esso. Il sicuro accertamento diagnostico della varicella può quindi far risparmiare l'applicazione delle severe misure profilattiche necessarie per il vaiuolo. L'ufficiale sanitario però, oltre a far la denunzia, col mezzo più rapido, di tutti i casi per i quali essa è prescritta, quando non possa con assoluta certezza clinica ed epidemiologica escludere la diagnosi od il sospetto di vaiuoloide (se, cioè, non sia perfettamente sicuro che si tratti di semplice varicella), deve sempre richiedere l'intervento del medico provinciale, per averne sia il giudizio diagnostico, sia il consiglio per gli ulteriori provvedimenti profilattici, da adottarsi a complemento di quelli presi d'urgenza. Eventualmente si potrà anche ricorrere all'opera del laboratorio batteriologico per la esecuzione della prova diagnostica di Paul. In attesa dell'intervento dell'autorità sanitaria provinciale, ogni caso sospetto dovrà considerarsi come accertato, provvedendo immediatamente all'isolamento rigoroso del malato ed alla contumacia dei contatti. Confermato il sospetto, od accertata la diagnosi di vaiuoloide o di vaiuolo, si farà luogo alle disinfezioni (coi mezzi più efficaci) di tutto ciò che è venuto in contatto coll'infermo e dell'ambiente, e si procederà alle rivaccinazioni, dando loro quella estensione che risulterà necessaria dalla valutazione delle circostanze delle singole manifestazioni epidemiche. Lo svolgimento di queste darà pure le indicazioni per la successiva azione profilattica (funzionamento di locali di isolamento, chiusura delle scuole, ecc.).

Vaccinazione. — Fondamento di ogni misura difensiva contro il vaiuolo è il mantenere elevato lo stato d'immunità della popolazione mediante la *vaccinazione jenneriana;* solo in tal modo è possibile che il contagio, eventualmente importato, non si diffonda e non dia luogo a formazione di focolai epidemici.

Nei paesi nèi quali non hanno potuto far breccia le utopie degli antivaccinisti, la vaccinazione è stata da tempo resa obbligatoria. Tale obbligo era già sancito nella nostra legge sanitaria del 1888 (art. 130 T. U. delle leggi sanitarie) e, col R. decreto-legge 30 dicembre 1923 n. 2889 (art. 67), è stato integrato da quello della rivaccinazione, estendendosi così a tutta la popolazione, ciò che prima si faceva solamente per i militari all'atto della chiamata in servizio e per i civili in occasione dell'ammissione alle scuole, agli esami, nelle officine, fabbriche e collettività giovanili in genere.

Gli art. 67 e 68 del citato decreto-legge, insieme con le norme del regolamento speciale sulla conservazione del vaccino e sulla vaccinazione obbligatoria (Decreto min. 29 marzo 1892 n. 329) disciplinano tutta la importante materia della vaccinazione jenneriana. Ne ricorderemo le principali disposizioni in vigore.

La *vaccinazione è obbligatoria* entro il primo semestre successivo alla nascita e dovrà essere ripetuta quando abbia avuto esito negativo. La *rivaccinazione è obbligatoria* all'ottavo anno di età ed ogni volta che sia ordinata dall'autorità sanitaria per minaccia di diffusione del vaiuolo. Il vaccino è fornito a spese dell'amministrazione provinciale ed è conservato presso il medico provinciale, il quale lo distribuisce gratuitamente ai Comuni ed anche ai medici liberi esercenti che ne facciano richiesta. Spetta al Comune compilare i registri di vaccinazione e rivaccinazione, ed in particolar modo l'ufficiale sanitario dovrà curare che gli vengano trasmessi semestralmente (in gennaio e luglio), dagli uffici di stato civile e di anagrafe, gli elenchi dei nati

e degli immigrati nel Comune. La registrazione si fa su appositi moduli a stampa forniti dalla Prefettura, alla quale debbono essere poi trasmessi gli elenchi delle vaccinazioni e rivaccinazioni eseguite in ciascun semestre, con tutte le notizie relative (esito, complicazioni, ecc.).

Le vaccinazioni sono *obbligatorie* e *gratuite*, ed è cómpito dell'ufficiale sanitario controllare che nessuno sfugga a tale tassativa norma di legge, provvedendo a richiamare gli inadempienti ed eventualmente a farli denunciare all'autorità giudiziaria. Sono esclusi dalla vaccinazione i bambini che abbiano sofferto il vaiuolo o quelli che non possano subirla per ragioni di salute. Questi ultimi dovranno esser vaccinati entro il secondo anno di età. È prescritta la vaccinazione, e dopo l'ottavo anno di età anche la rivaccinazione, per l'ammissione alle scuole, agli esami o in istituti, fabbriche e collettività in genere. In occasione delle periodiche ispezioni di tali collettività, l'ufficiale sanitario non dovrà mai trascurare di controllare l'osservanza scrupolosa di tale obbligo. Le vaccinazioni e rivaccinazioni pubbliche si eseguiscono, a cura e spese del Comune, in *sessione ordinaria due volte all'anno* (in primavera ed autunno) ed in *sessione straordinaria* quando se ne presenti il bisogno.

Un'altra importante disposizione riguarda il *controllo delle operazioni vaccinali*, che deve essere effettuato fra il settimo ed il decimo giorno dopo la vaccinazione, annotandone il risultato nel registro comunale. I medici liberi esercenti sono obbligati a segnalare all'ufficiale sanitario le operazioni vaccinali eseguite nella pratica privata ed il loro esito, ed anche tali operazioni debbono annotarsi nel registro. Tutte queste annotazioni, da tenersi nel modo più esatto, servono, sia per il controllo dell'obbligo della vaccinazione e per poter promuovere i provvedimenti di legge a carico degli inadempienti, sia per il rilascio degli attestati di subìta vaccinazione, che deve farsi gratuitamente e su carta libera dall'ufficio sanitario comunale. È da ricordare che una circolare, del 6 aprile 1926 del Ministero dell'Economia nazionale ha prescritto la registrazione delle vaccinazioni e rivaccinazioni anche sui libretti di lavoro che vengono rilasciati alle donne ed ai fanciulli.

Infine è opportuno accennare che il buon esito delle vaccinazioni dipende anche dalla accurata *conservazione del vaccino* (in ghiacciaia o almeno in luogo fresco ed allo scuro) e dalla esatta e scrupolosa *tecnica vaccinale;* ciò che varrà pure ad evitare o almeno a diminuire il numero degli esiti negativi e quello delle complicazioni e delle successioni morbose della vaccinazione. Fra queste si è molto parlato, di recente, della cosidetta *encefalite post-vaccinale*. La malattia, la cui patogenesi ed i cui rapporti colla vaccinazione sono ancora oggetto di discussione e di studio, fu osservata specialmente all'estero. Da noi, di fronte alle molte centinaia di migliaia di vaccinazioni che si fanno annualmente, ne sono stati descritti pochissimi casi, molti dei quali non reggono ad una critica rigorosa; comunque la maggior parte degli autori concordano nell'ammettere che la manifestazione della malattia è eccezionale al disotto di un anno e dopo i sette anni, ciò che spiegherebbe la sua rarità nei paesi (Italia, Giappone) ove si vaccina abitualmente entro il primo anno di vita e dopo l'ottavo.

La remotissima possibilità di questa successione morbosa non deve perciò essere invocata per infirmare il valore della vaccinazione nella profilassi del vaiuolo, dopo che un'esperienza di più di un secolo ha ormai dimostrato che essa costituisce il mezzo di difesa più efficace contro una malattia che una volta giustamente incuteva terrore nel pubblico. È quindi stretto dovere dell'ufficiale sanitario, non solo esigere da parte di tutti l'osservanza dell'obbligo della vaccinazione, ma dedicare la più diligente attività affinchè i relativi servizi, da lui dipendenti, procedano nel modo migliore e colla massima efficienza, e fare opera di propaganda per combattere le prevenzioni ed i pregiudizi, che ancora possano venire accampati, per ignoranza od in malafede, contro questo prezioso strumento di tutela della salute pubblica.

A. FRANCHETTI.

POSTA DEGLI ABBONATI

Al Dott. L. L. F., Trieste:

La *patologia dei lavoratori del cemento* varia a seconda che si tratta delle fabbriche o di coloro che lo applicano (industrie murarie). Nel primo caso, è soprattutto la polvere che ha importanza, nel secondo sono specialmente da considerarsi le alterazioni cutanee (rogna del cemento) che possono anche essere aggravate da sostanze che si aggiungono al cemento stesso (acceleratori o ritardatori di presa).

Come indicazioni bibliografiche posso darle le seguenti:

L. CAROZZI in « Hygiène du travail », pubblicato a cura del Bureau international du travail; il fasc. 143 è una monografia sul cemento.

LEHMANN « Archiv f. Hygiène », 1928, pag. 256 (tratta delle condizioni sanitarie dell'industria del cemento, mettendo in rilievo la presenza di emazie basofile nei lavoratori).

S. CACCURI, nella Relazione sulle malattie respiratorie da polveri (IX Congresso di medicina del lavoro, Roma, 1930) ha accennato

anche ai lavoratori del cemento, citando anche lavori recenti.

In una perizia agli Stati Uniti (*Journ, amer. med. assoc.*, 17 agosto 1929, pag. 568) si è ammessa come proveniente dalla lavorazione del cemento una malattia cardiaca.

Per quanto riguarda l'imballaggio del cemento e delle sostanze pulverulente in genere (dispositivi tecnici per la profilassi), cfr. il seguente lavoro: « Vorrichtungen zum staubfreien Umfüllen und Verpacken staubförmiger Stoffe », Springer ed., Berlin, 1930.

A. FILIPPINI.

Al dott. B., Bagni di Casciana:

Si tratta probabilmente di un'alterazione funzionale del senso del gusto, di una disgeusia, eventualmente di natura isterica.

Conviene quindi ricercare altri eventuali sintomi isterici ed indirizzare la cura in conformità.

G. DRAGOTTI.

All'abb. dott. A. P. da M.:

Il matrimonio tra soggetti affetti da tossiemia tubercolare, da tubercolizzazione senza tubercolosi, da anemia pretubercolare, non è certo raccomandabile, ma i quesiti si risolvono caso per caso e non con leggi rigide generali.

T. PONTANO.

Al dott. R. P. da C. S., abb. 6174:

Indichiamo:

Bollettino di oculistica diretto dal prof. BARDELLI, edito dalla Clinica oculistica di Firenze; *Annales d'Oculistique*. Edit. G. Doin, 8, Place de l'Odéon, Parigi.

F. MEZZATESTA.

VARIA.

Eccentricità della moda e patologia umana.

Avete mai fermato l'attenzione sul significato e la parentela che hanno con la patologia alcune ricercatezze o eccentricità nel campo dell'estetica e inconsciamente imitano l'organismo malato? Giacchè l'estetica e la moda alcune volte prescrivono ai loro cultori delle qualità che sono d'altra parte indice di anomalie o deviazioni dal tipo normale, se non addirittura di malattia; l'estetica prende cioè in prestito dalla patologia.

Eccovi fuor di casa o in tram e di fronte la signora dagli occhi bistrati. Quest'ombreggiatura artificiale che cerchia gli occhi e che vien fatta sulle palpebre proprio in corrispondenza e per tutta l'estensione del muscolo orbicolare, fa una guarnizione all'occhio, come una bella cornice ad una tela anche mediocre; ne dà risalto, lo ingrandisce, lo incava e dà profondità allo sguardo con un so che di melanconico e triste.

Tutti noi sappiamo e vediamo che questo lividore (occhiaie) ha un significato di stanchezza e si osserva in tutte le malattie esaurienti, spesso tanto accentuato da rendere l'orbita come vuota (ultimi stadi della tubercolosi).

Il colorito rosso delle labbra sarebbe il segno di una normale attiva circolazione, nonchè in rapporto alla qualità e quantità di sangue circolante; ora invece l'esagerazione della moda che prescrive sulle labbra un colorito rosso acceso, rosso-ciliegia o rosso-azzurro è l'espressione di uno stato venoso del sangue per cattiva circolazione nel piccolo circolo, tanto in malattie acute (polmonite), quanto nella tubercolosi, per diminuita ematosi da riduzione della superficie respiratoria; come in malattie croniche di cuore: vizi mitralici scompensati.

La moda di restar magre è anche una graziosa bizzarria delle donne; e qui istituti di bellezza e giornali e le loro consulenze a dar regimi sull'alimentazione, a spiegar di calorie, a mangiar poco, a consigliar il moto, qualche mistura, tutte cose che possono compromettere seriamente certi organismi e predisporre a impensate malattie.

Il colorito pallido stesso è pur sempre di moda; a ciò provvede la cipria che essendo assorbente toglie al volto della persona la lucentezza e quel senso di vigoria, di vitalità e conferisce invece languore e patetico.

Le unghie a vetro d'orologio, tanto ammirate, ciò che di più elegante si può mostrare in fatto di bellezza di quest'appendice, le troviamo nei tubercolosi e nei cardiopatici. La lunula sviluppata, pure indispensabile per le amatrici di belle unghie, è indice d'ipertiroidismo, come pure la loro lucentezza; per il colorito vivace vale ciò che ho detto per le labbra.

La pupilla ampia, midriasi, che non solo le artiste, ma le signore di società sogliono provocarsi con qualche goccia di adrenalina o di atropina sull'occhio, rendendolo più nero e più grande e lucente, dà espressione di vivacità allo sguardo che si fa anche più profondo, a costo magari di vederci male, giacchè produce abbagliamento e micropia. Ora una midriasi noi l'osserviamo d'origine centrale per un'eccitazione psichica, spavento, emozioni, come nella collera per un versamento improvviso d'adrenalina nel torrente circolatorio e forte stimolazione del simpatico.

Le dita lunghe, che fanno la mano aristocratica, sono espressione dell'abito generale longilineo, microsplancnico, iperevoluto perchè pare l'esponente di una progredita evoluzione morfologica.

Il « pierrot » e la « pierette » che, fra le maschere moderne, son due tipi classici e ben definiti, impersonano insieme molte di

queste caratteristiche già dette e cioè: il corpo magro, slanciato, tipo longilineo o prima combinazione morfologica del De Giovanni, caratterizzato dalla relativa deficienza del tronco rispetto alla lunghezza prevalente degli arti e dal prevalere del sistema della vita di relazione su quello della vita vegetativa; il suo pallore; l'occhio bistrato, profondo; tutto malinconia e sentimento; ecco i caratteri propri a questi personaggi.

Ora questa maschera si può dire possieda molte stigmate dei malati di tubercolosi: lo stesso ectipo somatico (l'habitus tubercolare degli antichi), il suo pallore, le labbra rosse, gli occhi lucenti.

Come ho detto su, è stato chiamato questo tipo « iperevoluto » dal Viola. Il dott. Eifer si diverte a questo proposito di anticipazioni microbiologiche e in un interessante sogno sulle scoperte dell'avvenire mette in bocca ad un amico batteriologo, fra l'altro il seguente racconto:... « Per parecchi giorni avevo volato in aeroplano ad una grande altezza. Mi fermai finalmente in una città sconosciuta abitata da una popolazione grande, slanciata, raffinata, dalle andature aristocratiche. Il tipo si caratterizzava con degli occhi incorniciati da lunghe ciglia, due folte sopracciglia, con degli sguardi dolci e profondi e con degli abbondanti e serici capelli..... Tre generazioni sono passate da quando uno dei nostri scienziati ha addomesticato il bacillo della tubercolosi dissociando le sue numerose tossine. Una di esse usata in iniezione ha la proprietà di sviluppare il sistema peloso, di dare della profondità allo sguardo, di assottigliare le mani e i piedi... essa procura un carattere felice, che ricorda quello in altri tempi descritto sotto il nome di tisi amabile. Si vede tutto rosa, si diventa dolci e concilianti; ci si fa amare da tutti quelli che ci avvicinano. Così i miei concittadini godono dei vantaggi che conferisce la tubercolosi senza contrarre la terribile malattia ».

Ecco realizzate, in sogno, le aspirazioni di tanti e il metodo per riuscire belli, interessanti e piacevoli. Ma cosa d'altro non ha studiato la moda per riuscire a quest'intento?

Ecco nel bel sesso, da poco caduta, la moda dei nèi sul viso.

Anche qui s'imitano delle piccole malattie, cioè a dire dei piccoli tumori pigmentari benigni della cute; essi si addicevano a rendere attraenti specie le brune, nelle quali appunto si verificano più spesso naturalmente, essendo indice, oltre che d'ipertricosi (ciglia e sopracciglia lunghe, ecc.) anche di ricchezza pigmentaria, forme che rientrano tutte nel gruppo dell'ipertiroidismo.

Un tipo in antagonismo a quello sopra ricordato è quello dei tonj o clown (ingl. = buffoni) che sono la delizia degli intermezzi negli spettacoli da circo equestre per le loro uscite esilaranti.

Anch'esso è ben definito e colla sua caratteristica calvizie, senza sopracciglia, senza baffi, ben rasato, colla pelle del volto bianca, il naso schiacciato, tumido, la mimica da idiota e l'arresto di sviluppo dell'intelligenza, che fa dire e fare un mondo di asinerie, ci richiama all'atireosi e ipotireosi nelle forme del cretinismo e dell'idiozia.

La moda presso i cinesi d'impicciolire il piede delle loro donne martirizzandolo fin dai primi anni di vita col costringerlo entro brevi calzari è ora abolita. Eppure per molti secoli quell'uso ha torturato i piedi di queste fanciulline che divenute dame dovevano, se non erano in portantina, reggersi, per la picciolezza del piede, alla spalla di una serva: l'esagerata e continua estensione ne aveva prodotto l'equinismo.

L'occhio patetico, l'occhio a cupido, di triglia, ch'è una espressione maliziosa d'uso fra le donne per fare più le sentimentali, lo troviamo in patologia nella paresi e nella paralisi, centrale o periferica, del quarto paio (trocleare, patetico) che innerva l'obbliquo superiore, mancando l'azione del quale l'occhio è deviato in alto e in fuori.

Così pure il « parlar nell'erre », alla guisa francese, ch'è stato anche un manierismo ricercato in società, si osserva come dislalia, come difetto di pronuncia per cattiva conformazione degli organi vocali o per imperfetta educazione della favella od anche in alterazioni psico-paralitiche. (Prende nome di rotacismo).

Quante stranezze ha la moda; certo, se ne conoscesse il significato, non le detterebbe.

Sassello (Savona), dicembre 1930.

Dott. CARLO FRANCAVIGLIA.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

S. LATTERI. *Tumori sperimentali del rene e dell'uretere.* — St. Giannitrapani, Palermo, 1929.

S. LATTERI e G. AUGI. *Ricerche sperimentali sulle alterazioni del tessuto reticolare del rene nell'idronefrosi.* — St. Giannitrapani, Palermo, 1929

G. BATTISTA. *Il trattamento del sacco nell'operazione radicale dell'ernia inguinale.* — Rif. Medica, Napoli, 1930.

A. CUCCO. *Giuseppe Cirincione.* — Tip. Tramutolo e Ciofalo, Palermo, 1930.

G. MANTOVANI. *Riforma Alimentare e Difesa Nazionale.* — Arti Grafiche, Pisa, 1929.

E. MAURIZIO. *Ricerche sperimentali sul liquido follicolare.* — Stab. Poligr. Riuniti, Bologna, 1929.

G. MUGGIA. *L'endemia strumosa nelle Provincie di Bergamo, Brescia, Como* — Ind. Grafiche, Ferrara, 1930.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.

CONTROVERSIE GIURIDICHE

V. - Concorsi - Età massima - Esenzioni.

Il limite massimo di età, per l'ammissione ai concorsi, è elevato di cinque anni non soltanto per gli *ex combattenti*, ma anche per i militari che abbiano prestato servizio durante la guerra, e in rapporto a qualsiasi impiego, sia o non di primo grado, vi sia o no una vera e propria carriera. La decisione 21 novembre 1930 n. 647, che questa regola stabilisce, è così motivata dalla V Sezione del Consiglio di Stato.

« Considerato che tutta la questione si riduce a vedere quale sia l'interpretazione da dare all'art. 42 del R. D. 30 settembre 1922, n. 1290, del seguente tenore: « l'età massima stabilita dagli ordinamenti di ciascuna Amministrazione per l'ammissione ai concorsi di nomina al primo grado di ogni carriera è elevata di cinque anni per coloro che abbiano prestato servizio militare durante la guerra 1915-1918.

« Assume la difesa del ricorrente che la disposizione deve intendersi estesa a tutti coloro che durante la guerra prestarono servizio militare, siano stati o meno in reparti combattenti.

« Invece, a giudizio della difesa del Comune resistente, è da ritenersi limitata ai soli ex-combattenti, argomentandolo sia dalla circostanza che il Capo IV del suddetto decreto, ove ha sede l'articolo in esame, porta in epigrafe « disposizioni transitorie a favore degli impiegati ed agenti ex-combattenti », sia dal fatto che, mirando l'articolo a restringere la facoltà dei Comuni di stabilire il limite massimo di età, non può acconsentire una interpetrazione estensiva.

« Osserva il Collegio che, se la intestazione del Capo IV fa menzione dei soli ex-combattenti, non può, d'altronde, porsi in dubbio che le disposizioni in esso Capo contenute non concernono esclusivamente questa categoria, ma contemplano anche coloro che abbiano semplicemente prestato servizio militare durante la guerra 1915-1918, e stabiliscono in favore dei primi maggiori benefici che in confronto degli altri. È detto, infatti, nell'art. 41, che, nei concorsi e promozioni in cui si valutino fra i coefficienti di merito la durata e la qualità del servizio, « il servizio militare prestato durante la guerra 1915-1918 sarà considerato servizio civile, ecc. », e che, a parità di ogni altro requisito, costituirà titolo di merito « il servizio militare prestato in reparti combattenti durante la guerra predetta, ecc. ».

« Ora, se una distinzione fra le due categorie, quella, cioè, di chi prestò servizio militare senza che siavi specificazione di località, e l'altra di chi lo prestò in reparti combattenti, risulta evidente dal testo della disposizione, non sarebbe logico negarla sol perchè nella intestazione del Capo IV, ove trovasi la disposizione, è parola esclusivamente degli ex-combattenti. Il che induce a ritenere che, non in forza di una interpetrazione estensiva — come a torto sostiene la Difesa del Comune — la disposizione dell'art. 42, di cui trattasi, trova applicazione in confronto di chiunque abbia prestato servizio militare durante la guerra, ma pel fatto di essere questa la vera portata e finalità della disposizione stessa, in conformità, del resto, alla sua dizione letterale.

« Quanto, poi, alla locuzione usata nel detto art. 42 « concorsi di nomina al primo grado di ogni carriera » viene dalla Difesa del Comune interpetrata nel senso che presupposto per l'applicazione dell'articolo sia l'esistenza di una carriera con più gradi ascendenti, circostanza questa, che essa non ravvisa verificarsi nell'impiego di ragioniere nel Comune di Biella.

« Osserva in proposito il Collegio che una siffatta interpetrazione restrittiva renderebbe applicabile la disposizione dell'art. 42 soltanto nei Comuni aventi ruoli di impiegati con possibilità di carriera; il che non solo si risolverebbe — in altri riscontri è stato rilevato — in una non lieve limitazione nella concessione del beneficio, ma darebbe luogo ad una disparità di trattamento fra grandi e piccoli Comuni. D'altra parte, al pubblico concorso comunemente si fa luogo per l'ammissione agli impieghi (primo grado), e, quando si tratta del passaggio agli eventuali gradi successivi, si provvede, di regola, mediante concorsi interni. Nessun plausibile motivo giustificherebbe, d'altronde, la concessione del beneficio solo quando l'impiego al quale si concorre presentasse più gradi di carriera; il che autorizza a ritenere doversi intendere la disposizione nel senso che basta si tratti di concorsi di ammissione agli impieghi, indipendentemente dalla circostanza di esservi o meno in essi più gradi di carriera.

« L'interpetrazione dell'art. 42 fatta dal Collegio nei sensi suesposti induce, pertanto, a conchiudere che il ricorrente, se alla data di apertura del concorso sorpassava di due anni il massimo della età di quaranta anni prescritta dal bando, aveva, però, dimostrato, con la produzione dello stato di servizio militare prestato durante la guerra 1915-1918, di trovarsi nella condizione di fruire del beneficio concesso dal mentovato articolo; e, quindi, non poteva la Commissione, senza commettere una illegalità, escluderlo dal corcorso. Conseguentemente, il gravame merita accoglimento ».

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI.

Lotta antimalarica.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica) ha diramato ai Prefetti ed Autorità similari delle Provincie malariche una circolare in data 6 nov. 1930, di cui già demmo l'annunzio. Essa sintetizza con organicità e chiarezza le norme generali della lotta antimalarica.

Dopo aver richiamato la costituzione dei *Comitati antimalarici provinciali*, aggiunge:

Necessita procedere ad una *severa selezione* delle varie proposte e ad una *graduazione di attuabilità* delle stesse, dando la preferenza a quelle che riguardano i territori malarici che, per speciali condizioni, reclamano provvedimenti di urgenza reale ed immediata.

Assicurare poi l'effettivo *finanziamento* per il funzionamento dei servizi deve costituire argomento di speciali cure da parte delle EE. LL. e dei Comitati provinciali.

La Provincia, i Comuni e gli Enti interessati devono essere chiamati a dare ciascuno il proprio contributo, chiedendo, inoltre, il concorso dei sanitari, degli ingegneri, degli agricoltori, dei bonificatori, di tutti i volenterosi.

Il contributo assegnato da questo Ministero è soltanto integrativo ed è perciò che non deve farsi esclusivo fondamento su di esso per lo sviluppo dei servizi.

L'intervento con provvidenze sussidiarie ed integrative deve, di regola, estendersi a quei casi, nei quali per la vastità del territorio o per la gravità dell'endemia l'opera del Comune può risultare inadeguata ai bisogni ovvero eccessivamente onerosa per l'Ente.

Altro importante argomento, che occorre tenere nella massima considerazione, per i provvedimenti del caso, è quello dell'*assistenza sanitaria antimalarica* e del trattamento curativo largo, ininterrotto e ben controllato. Non si è provveduto a sufficienza nei riguardi dei malati di malaria quando si siano istituiti ambulatori e si sia curata la somministrazione gratuita del chinino. Queste istituzioni, le quali devono essere vigilate dai medici provinciali nel modo più rigoroso e devono funzionare in modo continuativo e non limitatamente alla stagione estiva, vanno completate con altre provvidenze dirette alla *ricerca dei malarici*.

Questi malati nei periodi di intermittenza delle febbri spesso trascurano di curarsi e non si recano all'ambulatorio. Occorre andare incontro ad essi, esplicare opera attiva di persuasione ed agevolare in ogni modo il trattamento curativo, il quale, specialmente nei bambini, presenta particolari difficoltà.

All'uopo in talune località, come nell'Agro Romano, è risultata molto utile l'assunzione di *agenti segnalatori* che ricercano ed indicano al medico i malarici, come pure molto efficace è risultata la cura praticata sul posto ed a domicilio da *infermieri*.

Nelle località, poi, nelle quali, durante il periodo dei grandi lavori estivi, si verifica un esteso *movimento immigratorio di lavoratori* avventizi, occorre predisporre speciale servizio temporaneo di assistenza sanitaria e di somministrazione di chinino da farsi a preferenza sul luogo di lavoro. E, poichè queste masse di lavoratori si spostano frequentemente, le EE. LL., di intesa con la Federazione degli agricoltori, vorranno esaminare i mezzi più acconci per la difesa antimalarica di questi lavoratori nomadi, i quali devono, inoltre, sempre essere forniti di chinino sia all'arrivo che alla partenza dalla località malarica.

Nè devono trascurarsi le modalità per la razionale esecuzione della *profilassi chininica* nelle località di grave endemia, e nei confronti delle masse operaie maggiormente esposte all'infezione.

Del pari deve incoraggiarsi nel miglior modo la *protezione meccanica delle abitazioni*, e provvedere per il controllo sulla manutenzione di essa.

La *lotta antianofelica* va sempre più acquistando la fiducia delle popolazioni, ed essa deve essere attuata con sempre maggior larghezza, ed in relazione a quanto viene disposto al Titolo IV del Testo Unico delle leggi sulle bonifiche 30 dicembre 1923, n. 3256, sulle opere e sugli interventi di *piccola bonifica*, ed in conformità a quanto fu disposto da questo Ministero con la circolare 28 febbraio 1925, n. 20183-6, e con le istruzioni tecniche sulla piccola bonifica.

Devesi però far presente che in questo campo le prospettive del successo stanno essenzialmente nel savio ed appropriato discernimento delle località da trattare, dei mezzi da appropriare, e del rigore nell'esecuzione.

Anzichè prevedere una lotta vasta ed estesa a tutti i focolai anofeligeni, lotta che non potrebbe essere adeguatamente sorretta da disponibilità finanziarie, ritiensi utile in questo primo momento di concentrare gli sforzi nei punti più sensibili ed a difesa degli aggregati urbani o di grossi centri colonici, e di attuare a preferenza opere che conducano allo stabile risanamento dei focolai malarigeni.

D'altro canto devesi tener presente che molte di queste piccole cause di malaria, e specialmente quelle urbane, domestiche e peridomestiche, possono essere eliminate con un maggior rigore nell'esigere da parte delle Autorità Comunali l'osservanza di disposizioni già esistenti anche nei regolamenti locali e che all'evenienza possono essere opportunamente integrate, oppure con l'ottenere dagli interessati una idonea manutenzione nel regime delle acque superficiali ed in particolare dei canali di scolo e di irrigazione.

Cronaca del movimento professionale.

Ordine dei Medici della Provincia di Roma.

Ha avuto luogo l'adunanza del Direttorio del Sindacato medico fascista di Roma e provincia e della Commissione amministratrice dell'Ordine dei Medici della provincia di Roma. Presiedeva l'on. prof. Ermanno Fioretti, il quale ringraziando il rappresentante degli odontoiatri, che intervenne per la prima volta, del saluto portato a nome della categoria, bene augurò per la cooperazione di questa classe medica ai fini dello sviluppo e del progresso della stomatologia.

Dopo un'ampia e precisa relazione dell'on. Fioretti sul lavoro compiuto dal Sindacato Medico durante tutto l'anno, specie sull'organizzazione compiuta dalle sezioni tecniche e sullo sviluppo che ha preso l'Accademia medica lancisiana in omaggio alle direttive del Governo in politica economica, venne deliberato all'unanimità di ridurre la quota di iscrizione all'Ordine da L. 20 a L. 15. Tale riduzione per l'Ordine è seguita ad un'altra deliberazione presa in una precedente adunanza in cui si sopprimeva completamente il contributo sindacale facoltativo.

Infine per acclamazione venne approvato un voto di plauso all'on. prof. Fioretti, segretario del Sindacato e presidente dell'Ordine, per la sua opera infaticabile e del tutto disinteressata prestata a favore dell'elevamento della classe medica in armonia con le direttive del Regime.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Badia Calavena (*Verona*). — Scad. 31 gen.; rivolgersi Segreteria.

Bologna. *Istituto Ortopedico Rizzoli.* — Medico assistente; L. 4500 oltre supplem. L. 1020, riducibili del 12 %; percentuale proventi Sezione Kinesiterapica; età lim. 30 a.; scad. ore 17 del 31 gen.; conferme annuali fino a 40; chiedere annunzio.

Capoterra (*Cagliari*). — Scad. 5 feb.; L. 8000 oltre L. 1000 uff. san.

Cremona. *Ammin. Provinc.* — Direttore e coadiutore della Sez. med.-micrograf. del Laboratorio Prov. d'Igiene e Profilassi. Scad. ore 18 del 31 gen. Chiedere annunzio.

Floridia (*Siracusa*). — Scad. 31 mar.; L. 9000 e 4 quadrienni dec., salve riduzioni; età lim. 35 a. al 10 dic.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi.

Genova. *Comune.* — Scad. 31 marzo; 4 posti di medico igienista; L. 14.000 e 10 bienni di lire 450; 2 anni di laurea; chiedere avviso al Civico Ufficio del personale.

Gorgo al Monticano (*Treviso*). — A tutto 26 marzo; L. 8000 e caro-viveri, oltre L. 3500 trasporto automezzo e L. 700 uff. san. Il tutto decurtato del 12 %. Chiedere avviso e schiarimenti alla Segreteria.

Loro Piceno (*Macerata*). — Scad. 15 feb.; lire 9000 e 4 aumenti, oltre L. 2500 cavalc.; età lim. 40 a.

Lucca. *Amministrazione Provinciale.* — Il termine utile per la presentazione delle domande e documenti, per l'ammissione al concorso, bandito in data 25 ottobre 1930, pel conferimento del vacante posto di « coadiutore » nella Sezione Medico-Micrografica dei Laboratori Provinciali d'Igiene e Profilassi, è prorogato fino alle ore 12 del 15 febbraio 1931, ferme restando tutte le altre norme e condizioni, indicate nel bando di concorso.

Messina. *Ospedale Psichiatrico Provinciale.* — Direttore sanitario. Il termine per la presentazione delle istanze di cui al bando del 28 novembre è prorogato al 31 gennaio. Per informazioni dirigersi al Commissario dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale.

Milano. *Pio Istituto di S. Corona.* — Per titoli. Medico Direttore degli Istituti Elioterapico-Chirurgico-Ortopedico e Profilattici in Pietraligure (Savona). Stipendio fisso annuo L. 40.000 lorde, oltre L. 10.000, lorde per indennità di residenza. Il tutto con la riduzione disposta dal R. D. L. 20/11/930, n. 1491, nonchè l'alloggio « d'obbligo » in luogo. La nomina sarà, in via di prova, per un anno. Le domande, in carta da bollo da L. 3, per l'ammissione al concorso, insieme ai prescritti documenti in bollo regolare e debitamente legalizzati, l'elenco dei quali con tutte le formalità occorrenti e con le altre notizie si può desumere dall'avviso di concorso da richiedersi alla Segreteria dell'Istituto, dovranno pervenire all'Ufficio Protocollo del *Pio Istituto S. Corona*, via C. Correnti, 13, Milano, non più tardi delle ore 17 del 5 marzo.

Monastir (*Cagliari*). — Medico condotto, Ufficiale Sanitario pel consorzio Monastir-Ussana. Complessive L. 11.500; quattro aumenti quinquennali del decimo. Documenti di rito debitamente legalizzati. Scadenza 30 gennaio.

Monte S. Maria Tiberina (*Perugia*). — Scad. 25 febbr.; L. 10.000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 720 c.-v., L. 3000 cavalc., L. 500 uff. san.; tassa L. 50,10.

Mottalciata (*Vercelli*). — Scad. 31 gen. Consorzio; ab. 2500 circa; L. 7040 e 10 bienni ventes., oltre L. 440 uff. san.; ambul. L. 132; trasp. L. 660-1584-3080; c.-v. Doc. a 3 mesi dal 20 dic. Tassa L. 45,10.

Pennabili (*Pesaro-Urbino*). — Scad. 28 feb.; assegni L. 13.000 lorde.

Pietraligure (*Savona*). — Vedi Milano.

Rho (*Milano*). *Ospedale del Circolo.* — Direttore chirurgo primario; L. 20.000 oltre compartecipazioni; età lim. 50 a.; chiedere annunzio. Docum. e domande alla Presidenza.

S. Cataldo (*Caltanissetta*). *Ospedale Maddalena Raimondi.* — Chirurgo direttore; L. 7040 (tenuto conto della riduzione del 12 %); scad. ore 18 del 31 gen.; documenti alla Segreteria; dichiarazione politica; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10 al Tesoriere; doc. a 3 mesi. Biennio di prova.

Sant'Eusanio del Sangro (*Chieti*). — La scadenza del concorso riapertosi il 20 novembre 1930 è prorogata al 19 febbraio 1931.

Savona. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Coadiutore nella Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di igiene e profilassi. Stipendio L. 12.000 iniziali; indenni-

tà serv. att. L. 2000; caro-viveri nella misura e con le limitazioni stabilite per gli altri dipendenti dalla Provincia; il tutto ridotto del 12 % a norma di legge. Cinque aumenti triennali del decimo; compartecipazione sui proventi delle analisi per conto dei privati. Tassa concorso L. 50.10. Scadenza 14 marzo. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria della Provincia.

SIENA. *Consorzio Prov. Antitubercolare.* — Direttore Tecnico Sanitario del Consorzio Provinciale Antitubercolare di Siena. Stipendio annuo lordo L. 25.000 oltre a L. 5000 per indennità di servizio attivo. Aumento del decimo ogni quadriennio e per cinque quadrienni. Le domande in carta bollata da L. 3 debbono pervenire al Consorzio, insieme ai prescritti documenti, l'elenco dei quali e altre varie formalità risultano dal bando di concorso da richiedersi alla Sede del Consorzio presso gli Uffici dell'Amministrazione Provinciale di Siena, dovrà pervenire alla predetta Sede del Consorzio, non oltre le ore 12 del 31 marzo.

SPADAFORA (*Messina*). — Scad. 30 gen.; L. 9000, oltre L. 2000 trasp., dedotto 12 %.

STAZZENA (*Lucca*). — Scad. 31 gen.; 3ª cond.: L. 10.000 e 4 quinquenni dec., oltre L. 2500 trasferte, quota mobile L. 900; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

TERAMO. *Congregazione di Carità.* — Cercasi un medico chirurgo interino per coprire il posto di assistente al reparto Medicina dell'Ospedale Civile. L'assistente ha vitto e alloggio personale nello stabilimento ed un assegno mensile netto di L. 204.

TORRE ANNUNZIATA (*Napoli*). — Per la Sezione di Boscotrecase. Per titoli. Stipendio annuo lordo L. 9500. Età massima anni 40 salvo eccezioni di legge. Scadenza 3 aprile. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria comunale.

VENEZIA. *Ospedale Civile.* — Scad. ore 17 del 31 mar.; 4 medici-chir. assistenti straordinari; L. 3915 per i celibi e L. 4275 per gli ammogliati, colla diminuente di legge del 12 %; titoli ed esami; età lim. 30 a.; doc. a 3 mesi; nom. annua; serv. entro 15 gg.

VILLA DI TIRANO (*Sondrio*). — Al 25 feb., ore 18; L. 8500 e 5 quadrienni dec.; trasp. L. 700-1800, trasferte L. 820, uff. san. L. 500, ridotti; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15; doc. a 3 mesi dal 9 gen.

VILLANOVA D'ALBENGA (*Savona*). — Scad. 31 gen.: consor. 3 comuni; L. 9400 e 10 bienni ventesimo, oltre L. 500 uff. san., L. 600 trasp.

VITERBO. *Ospedal Grande degl'Infermi.* — Aiuto chirurgo; scad. 31 gen.; età lim. 35 a. al 29 dic.; doc. a 3 mesi; tassa L. 50; assegno L. 8500 e c.-v.: riduzioni di legge.

CONCORSI A PREMI.

Fondazione Ernesto Pestalozza.

È bandito presso la R. Università di Roma il concorso al premio triennale « Fondazione Ernesto Pestalozza » per lavori nel campo dell'ostetricia e della ginecologia. Il premio, costituito con la rendita del capitale di L. 50 mila (detratte le tasse e le spese di amministrazione), sarà conferito al miglior lavoro o ai migliori lavori pubblicati per le stampe, entro il triennio dal 10 dic. 1930, da cittadini italiani laureati in medicina e chirurgia in Università italiane. Detti lavori debbono trattare argomenti, che rientrino nel tema stabilito dalla Commissione: « Le reazioni biologiche della gravidanza ». La Commissione, già nominata dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia, darà il suo giudizio motivato non oltre due mesi dalla scadenza del concorso.

Se nessun lavoro sarà riconosciuto meritevole del premio, la Commissione potrà concedere uno o più premi d'incoraggiamento e l'eventuale residuo della rendita disponibile passerà in aumento del capitale. Se i concorrenti presenteranno più lavori, questi dovranno essere sempre attinenti al tema. Scad. ore 12 del 10 dicembre 1933.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Nella seduta di dicembre della Società Rumena per lo studio della tubercolosi, il prof. dott. U. Carpi è stato nominato Membro d'onore della Società su proposta del presidente prof. Cantacuzène.

Il prof. Erich Leschke, di medicina interna a Berlino, è nominato membro corrispondente della Società Medica Argentina.

Il prof. M. Mauriac, della Facoltà Medica di Bordeaux, è passato dall'insegnamento di medicina sperimentale a quello di clinica medica.

Col trasferimento del prof. Leopold da Greifswald a Colonia, è rimasta vacante in quella Università la cattedra di patologia generale e anatomia patologica; vi è stato invitato da Heidelberg il prof. Herrmann Loeschke.

Il prof Richard Siebeck, direttore della Clinica per le malattie interne di Bonn, è invitato ad assumere l'identico posto all'Università di Graz.

La Società Francese di Pediatria ha proceduto al rinnovamento delle cariche per l'esercizio 1931-32, col seguente risultato: presidente sig.ra Nageotte-Willbouchevitch, in sostituzione del dott. Terrien; vice-presidente prof. Lereboullet.

La Società Medica degli Ospedali di Parigi ha proceduto al rinnovamento delle cariche per l'esercizio 1931-32, col seguente risultato: presidente prof. Claude; vice-presidente prof. Marcel Labbé; segretario generale dott. Rivet, in sostituzione del dott. Rist, che aveva chiesto di essere esonerato.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Padova.

Cronaca mesta.

Un grave lutto ha colpito la Facoltà Medica di questa Università con la morte del prof. Ignazio Salvioli, direttore dell'Istituto di Patologia generale e membro dell'Istituto Veneto di Scienze, Lettere ed Arti, spirato il 4 dicembre.

Modenese di nascita Egli faceva parte d'una famiglia di studiosi, e già prima di Lui erano scomparsi i due Suoi fratelli Gaetano e Giuseppe che avevano onorata la scienza italiana.

Chiamato nel 1895 a reggere la cattedra padovana, Ignazio Salvioli aveva dedicata la sua attività all'insegnamento con istinto di severo ma amoroso educatore, con spirito paterno verso assistenti e studenti. Puro, semplice della semplicità che hanno solamente coloro che dello studio

fanno unica mèta alla propria vita, Ignazio Salvioli aveva saputo circondarsi di rispetto e di stima anche da parte di coloro che non dividevano le sue vedute sociali.

Seguendo la sua direttiva l'Università costruì il nuovo edificio per l'Istituto di Patologia generale, e Padova, che l'elesse più volte fra i suoi amministratori, ebbe da lui un'esemplare organizzazione dell'assetto sanitario cittadino.

Caldo patriota, durante la guerra mondiale prestò la sua opera di volontario come colonnello medico, ed in questi ultimi tempi si era dedicato con alacrità allo studio del misterioso problema dei tumori.

Egli scende ora nella tomba in età di 68 anni quando ancora poteva dare alla scienza l'operosità d'una mente chiara, logica, sagace; scende nella tomba rapito nel giro di tre giorni da una polmonite grippale a decorso quasi fulminante. Colleghi, amici, discepoli hanno accompagnato commossi il feretro dell'amato Maestro che nel cortile dell'Università fu levato alto tre volte sulle braccia coll'affettuoso rito caratteristico di questa Famiglia Universitaria; qui al carissimo Estinto venne dato l'estremo saluto dal prof. Gian Maria Fasiani preside della Facoltà Medica, dal sen. prof. Davide Giordano e dall'ultimo dei suoi aiuti, il prof. Dolfin. PLF.

NOTIZIE DIVERSE.

2° Congresso internazionale di patologia comparata.

Si riunirà dal 14 al 18 ottobre presso la Facoltà di Medicina di Parigi. La maggior parte delle nazioni civili vi avranno i loro rappresentanti, ed anche il Governo Italiano è stato ufficialmente invitato a farvisi rappresentare.

Il Congresso si occuperà non solo delle malattie comuni all'uomo ed agli animali, ma anche dei rapporti eventualmente esistenti fra le malattie delle diverse specie animali e vegetali.

La lista degli argomenti che verranno trattati al Congresso comprende: la *tubercolosi* (vaccinazione); le *Brucellosi* dell'uomo e degli animali; il *latte*, quale agente patogeno; le *carenze minerali*; gli *ultra-virus*; il *cancro*; la *psittacosi*; l'*anafilassi*.

I primi cinque soggetti saranno anche temi di relazioni. Le comunicazioni verranno accettate in riguardo ad ognuno degli argomenti suindicati. Gli oratori potranno parlare nella loro lingua (italiano, francese, inglese, tedesco, spagnuolo), ma le pubblicazioni dovranno essere accompagnate da un breve sunto in francese.

In Italia si è già formato il Comitato nazionale, ed esso si rivolge a tutti gli studiosi, invitandoli a partecipare a questo Congresso, nella fiducia che il loro contributo scientifico affermi degnamente lo sviluppo odierno degli studi biologici in Italia. Il Comitato italiano, molto numeroso, è presieduto dal sen. E. Marchiafava; segretario ne è il dott. E. J. Pampana, R. Istituto d'Igiene, via Palermo 58, Roma (5).

La tassa d'iscrizione è di 100 franchi per i membri attivi, e di 50 franchi per i membri associati. Le adesioni e le quote d'iscrizione dei congressisti italiani, e dei membri del Comitato nazionale, dovranno essere inviate direttamente al Secrétariat Général, 7 rue Gustave Nadaud, Paris (16e). Appena i congressisti abbiano inviata la loro adesione e la relativa quota d'iscrizione, il Segretariato generale invierà loro la tessera relativa.

Facilitazioni varie sono state ottenute in beneficio dei congressisti: come riduzioni sulle tariffe ferroviarie, su quelle di alberghi e di ristoranti.

Le comunicazioni da presentarsi al Congresso potranno esser senz'altro inviate, prima del 20 marzo, al dott. Pampana, segretario del Comitato nazionale, cui dovrà esser pure diretta la corrispondenza per eventuali chiarimenti. Egli fornirà inoltre, a richiesta, i bollettini di adesione per i congressisti ed una copia del regolamento del Congresso.

6° Congresso internazionale di medicina e farmacia militare.

Come abbiamo annunziato, avrà luogo all'Aja dal 1° al 6 giugno.

Il Ministero delle Comunicazioni ha disposto che sia concessa la riduzione ferroviaria del 50 % fino alla frontiera agli ufficiali medici e chimici-farmacisti delle categorie in congedo, che desiderano partecipare al Congresso.

Per ogni delucidazione gl'interessati possono rivolgersi alla Direzione di Sanità del Corpo d'Armata di Roma o alla Direzione del Giornale di Medicina Militare (Ministero della Guerra).

3° Congresso della sezione italiana della società internazionale di microbiologia.

Come ne abbiamo già dato notizia, si terrà a Milano nel prossimo mese di aprile. Saranno svolte relazioni, fatte comunicazioni ed illustrato un ordine del giorno. Temi di relazione: prof. Luigi Montemartini (Direttore dell'Istituto Botanico della R. Università di Palermo): « La patogenesi delle malattie delle piante »; prof. Vittorio Puntoni (Direttore dell'Istituto di Batteriologia della R. Università di Roma): « Moderne conoscenze e nuovi orientamenti sulla biologia del B. tubercolare »; prof. Amilcare Zironi (Direttore dell'Istituto di Microbiologia della R. Università di Milano): « L'iperrecettività nelle malattie ». L'ordine del giorno porta il titolo: « Moderne cognizioni e vedute sulla vaccinazione antidifterica », e sarà svolto dal prof. Francesco Pepeu, Capo Sezione del Reparto Sieri dell'I. S. M.

Sono assolutamente escluse le comunicazioni che per il loro contenuto possono rivestire carattere pubblicitario.

I titoli delle comunicazioni si accettano fino al 15 febbraio; i testi non oltre il 1° marzo.

Le adesioni, accompagnate dalla quota di L. 25, dovranno pervenire alla Segreteria entro il mese di marzo.

I congressisti avranno diritto a ribasso ferroviario del 30 %, al volume degli Atti, alla prenotazione delle camere d'albergo ed in genere a tutte quelle facilitazioni e provvidenze che in loro favore il Comitato direttivo procurerà di ottenere.

Per qualunque schiarimento rivolgersi alla Segreteria, Milano, via Darwin 20.

Il *Comitato Italiano per lo studio dei gruppi sanguigni*, aderente alla Sezione suddetta, prenderà occasione dal Congresso per adunarsi.

Il prof. Leone Lattes (direttore dell'Istituto di medicina legale di Modena) riferirà su: « Le variazioni quantitative delle proprietà gruppo-spe-

cifiche ». Coloro che intendessero fare comunicazioni sull'argomento sono pregati di inviarne il titolo ed il testo entro il febbraio alla Segreteria suddetta.

Congresso iberico di ostetricia e ginecologia.

È indetto a Madrid per il prossimo aprile. Relatori saranno i proff. Morales Frias, di Coimbra (Portogallo) e Recasens Serrano, di Saragozza (Spagna). Segretario generale è il dott. Francisco Haro, Serrano 74, Madrid.

12° Congresso spagnolo di odontologia.

La « Federación Odontológica Española » ha deciso di adunare il 12° Congresso spagnolo di odontologia a Valenza, in marzo. A tale scopo il presidente della Federazione, dott. B. Landete Aragó, accompagnato dal dott. Cervera e da un redattore di « Odontología Clínica », si è recato a Valenza, per avviare i lavori di organizzazione. Sono state visitate le autorità e la stampa. Si è costituita una Sottocommissione locale.

Scuola di perfezionamento in medicina legale a Genova.

Presso la R. Università di Genova sono aperte le iscrizioni al corso biennale per medici aspiranti al diploma di perfezionamento in medicina legale e delle assicurazioni sociali (art. 44 d. Stat. e art. 4 del R. D. 31 dic. 1923, n. 2909) per il titolo di specializzazione. Durante l'anno, in accordo con l'Istituto di Previdenza sociale, sarà anche svolto un corso di due mesi per gli studiosi di queste discipline. Tassa per questo corso L. 300, per il titolo specializzato L. 200 annue, più sopratassa d'esame e tassa di diploma.

Per informazioni rivolgersi all'Istituto di Medicina Legale in via Bertani 5, Genova. Le iscrizioni si ricevono sino all'8 febbraio presso la R. Università (via Balbi).

Opera Nazionale Maternità ed Infanzia.

L'Opera nazionale maternità e infanzia comunica:

Il regio commissario dell'Opera nazionale maternità e infanzia, on. barone Blanc, si è reso interprete presso il Capo del Governo delle espressioni di gratitudine e di devozione che numerosissime e da ogni parte d'Italia sono state inviate in questi giorni, dalle madri e dai fanciulli assistiti dall'Opera Nazionale.

Particolarmente degni di rilievo sono i sentimenti di riconoscenza e di augurio che le assistite esprimono attraverso i medici dirigenti le Cattedre di assistenza materna e puericultura, confermando così l'enorme importanza che, specialmente tra le popolazioni rurali, ha raggiunto questa indovinatissima forma di propaganda igienica, materna ed infantile.

Tale organizzazione che l'Opera nazionale maternità infanzia sta quotidianamente perfezionando, estendendo il raggio d'azione dei consultorii e inviando i propri sanitari fin nelle più isolate regioni per divulgare quelle norme di igiene che sono alla base di quel miglioramento qualitativo e quantitativo della razza, che il Duce vuole, ha assistito nello scorso anno 1930, oltre un milione tra mamme e bambini.

La costruzione degli ospedali sanatoriali della Cassa per le Assicurazioni Sociali.

Il sen. Garbasso, presidente della Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali, ha riferito al Capo del Governo sull'andamento delle costruzioni degli Ospedali sanatoriali già appaltati nelle provincie di Caltanissetta (capoluogo); Siracusa (capoluogo); Bologna (Imola); Imperia (Istituto Elioterapico); Padova (Galliera Veneta); Padova (capoluogo); Sondrio (capoluogo); Pisa (capoluogo); Imperia (Sanatorio); Gorizia (capoluogo); Genova (capoluogo); Arezzo (capoluogo); Roma (Istituto « Benito Mussolini »); Roma (Porta Furba - Padiglione speriment.); Ragusa (capoluogo); Palermo (capoluogo); Cuneo (capoluogo); Ascoli Piceno (capoluogo); Trento (capoluogo); Cremona (capoluogo); Perugia (capoluogo); Lecce (capoluogo); Milano (Vialba) con un totale di 6160 letti e con operai impiegati 1982.

Se si aggiungono i padiglioni provvisori in *eternit* già appaltati nelle località di Busto Arsizio, Abetina di Sondalo, Sassari, Lecce, Palermo, Cagliari, Roma-Porta Furba, i letti sommano a 7294 e gli operai impiegati a 2094. Sono imminenti gli appalti per gli Ospedali Sanatoriali di Chieti, Lucca, Siena e Busto Arsizio.

Istituto anticanceroso di Lilla.

Sarà completato ed entrerà in funzione nel corso del 1931; comprenderà 40 letti in 24 camere, due sale centrali, un gabinetto di consultazioni esterne, un gabinetto per le applicazioni di radium, sale di visita e gabinetti vari.

L'installazione non sarà che provvisoria, in attesa che venga costruito un grande Centro anticanceroso.

Alla Facoltà Medica di Lione.

Il trasferimento della Facoltà Medica di Lione nei nuovi e grandiosi locali di Grange-Blanche, è un fatto compiuto.

Se non che, la frequenza da parte degli studenti è caduta in un modo allarmante. Il decano Lépine ha intrapreso delle trattative con la Società dei tram, onde ottenere forti ribassi per gli studenti; ma il problema non verrà risolto fino a tanto che non entrerà in funzione il grande ospedale clinico della Grange-Blanche, che formerà un tutto unico con la città universitaria.

Alla Clinica del Lavoro di Milano.

Ha avuto luogo una cerimonia in onore dello scienziato tedesco prof. L. Teleky, vincitore del premio Luigi Devoto, di lire diecimila, bandito per il 1929 dal R. Istituto Lombardo per la Medicina del lavoro. Era presente un pubblico sceltissimo di medici, igienisti e specialisti, di Milano e di fuori. Numerose ed autorevoli le adesioni pervenute. Dopo vari discorsi, il prof. Devoto ha fatto una brillante rievocazione di inizî, lotte, contributi e vittorie, ed ha reso un nobile omaggio all'illustre collega festeggiato.

Accademia Medica Lombarda.

Ha tenuto la prima seduta, sotto la presidenza del prof. Carlo Baslini, che, prima d'iniziare i lavori, commemorò il prof. Cesare Cattaneo. Il prof. sen. Baldo Rossi tenne una conferenza su « L'anestesia nella chirurgia moderna »; ne daremo un sunto prossimamente.

Alla Società Medica di Chicago.

Il dott. Louis Schmidt di Chicago, il quale è in rapporto d'impiego con l'Istituto di Sanità Pubblica, gestisce anche un ambulatorio privato a tariffe ridotte e fa della pubblicità. La Società Medica di Chicago ha trovato che tale modo di procedere non è corretto. In seguito ad una riforma del proprio regolamento interno, allo scopo di rendere questo più severo nei riguardi della pubblicità medica, ha deliberato l'espulsione del dott. Schmidt. (« Siècle Méd. », 1° gen. 1931).

Mussolini e la Nuova Italia.

Il « Jersey Journal » riporta una conferenza del colonnello medico William Seaman Bainbridge, ben noto chirurgo di New York, sul tema: « Mussolini e la Nuova Italia ».

Quell'entusiastico ammiratore del nostro Paese e del Regime è, tra gli stranieri, uno dei pochi che ne possa parlare — e molto spesso ne parla — con vera competenza, avendo visitato l'Italia ben 14 volte.

Nei lunghi periodi trascorsi tra noi, negli ultimi anni, ha potuto constatarne gli enormi progressi e comprendere la trasformazione dello spirito dell'italiano nuovo.

Nel 1926 fu ricevuto dal Duce, al quale offrì la prima copia della traduzione italiana del suo apprezzato volume « Il Problema del Cancro ».

Con scritti e discorsi pronunziati in numerose occasioni, e spesso in ambienti internazionali, ha voluto sempre riaffermare la sua fede nel Fascismo e la sicurezza che al nostro popolo è riservato un meraviglioso avvenire.

Il Bainbridge è membro del Comitato permanente dei Congressi Internazionali di Medicina Militare, ed è spesso inviato dal suo Governo in missioni speciali in Europa, dove conta numerosi amici.

Egli è decorato di molte onorificenze, tra le quali figurano anche le italiane, a lui particolarmente gradite.

Scuola Superiore Femminile Fascista di assistenza sociale.

Sono riaperte le iscrizioni alla Scuola superiore femminile fascista di assistenza sociale di fabbrica in Roma (S. Gregorio al Celio). I termini per la presentazione dei documenti scadono il 15 febbraio.

Le domande d'iscrizione dovranno essere indirizzate alla Direzione del Partito Fascista (Ufficio Fasci Femminili).

Limiti di età 20-40 anni. Si richiede la laurea o il diploma di istituto superiore di magistero.

Il corso ha la durata di un anno. La tassa d'iscrizione è di L. 100; la retta mensile per la Scuola-convitto, di L. 400.

Le assicurazioni sociali in Francia.

L'assemblea generale della Confederazione dei sindacati medici francesi, adunatasi il 20 e il 21 dicembre sotto la presidenza del dott. Dibos, e l'assemblea generale dei medici della Senna, adunatasi il 7 dicembre sotto la presidenza del dott. Boyer, hanno discusso ampiamente i problemi d'ordine professionale sollevati dal funzionamento della legge sulle assicurazioni sociali.

Dispacci della Croce Rossa Americana nelle calamità.

Tremila amatori di radiotelegrafia, facenti parte della riserva dell'Esercito e della Marina, hanno offerto alla Croce Rossa Americana di trasmettere i messaggi in caso di calamità e di interruzione dei normali mezzi di comunicazione. Il nome, l'indirizzo e il numero di chiamata di questi radioamatori sono registrati alla sede nazionale della C. R. Americana, che ha già avuto occasione, durante il passato, di utilizzare i loro servizi per la trasmissione dei messaggi in tempo di disastri.

Pel Collegio degli orfani dei medici di Madrid.

Il Collegio degli orfani dei medici di Madrid ha ricevuto un legato di 250.000 pesetas, ossia circa mezzo milione di lire it., da parte della sig.na Patrocinio Morales Martinez, la quale ha voluto per tal modo, nel suo testamento, onorare la memoria del padre, dott. Morales.

I medici cubani minacciano lo sciopero.

Duecento medici della Federazione cubana di medicina hanno deciso di mettersi in sciopero, se il governo attuerà la sua minaccia d'imprigionare quei professori dell'Università nazionale che hanno approvato quegli studenti i quali hanno tenuto dei discorsi durante le manifestazioni contro il presidente Machado.

Il numero dei medici negli Stati Uniti.

Il dott. N. P. Colwell, segretario del « Consiglio di Educazione Medica e degli Ospedali » dell'« Associazione Medica Americana », informa che negli Stati Uniti figurano esercenti 149.521 medici, per 118.127.654 abitanti; ossia 12,96 ogni 10.000 abitanti. La proporzione varia, nei singoli Stati, da 7,09 nella Carolina del Sud a 32.22 nella Columbia, per ogni 10.000 abitanti. A prima giunta la pletora non sembra eccessiva; ma l'orizzonte si oscura, qualora si consideri che i diplomati sono in aumento: da 3962 nel 1926 sono passati a 4262 nel 1928. Negli ultimi 16 anni si sono inmatricolati 67.198 studenti nelle scuole mediche degli Stati Uniti e di essi 82,6 % hanno conseguito il diploma. Nel 1928 gl'iscritti nelle scuole mediche riconosciute dall'Associazione ammontavano a 20 mila 545.

Il numero degli studenti universitari in Germania.

Nel semestre invernale 1929-1930 il numero degli studenti immatricolati nelle scuole superiori della Germania ascese a 122.391. Si nota un brusco aumento degli studenti di sesso femminile, che da 13.349 sono passati a 16.286. Si nota anche un brusco aumento degli studenti di medicina, che dal 15,8 % sono passati a 18,4 %. (« Bras. Méd. », 6 dic. 1930).

Gli studenti in medicina di Mosca.

Lo « Haroldo de Esperanto » (settembre 1930) segnala che all'Università di Mosca sono stati esaminati, dal dott. Gunzburg, 270 studenti in medicina. Di essi 134 erano maschi, 136 femmine; 27 % provenivano dalla classe operaia, 20,4 % dalla classe rurale, 29 % dalla classe impiegatizia e solo 13,3 % dalle classi cosidette intellettuali. Dal

punto di vista sanitario, 18 % erano affetti da bronchiti, pleuriti o tubercolosi; 15 % da neurastenia; 14,4 % da cardiopatie; 13,7 % da anemie; altri soffrivano di malattie degli orecchi, di nefriti, di malattie veneree; solo il 19 % erano esenti da tare.

Raccolta di documentazione sulla psicotecnica e sull'igiene mentale.

Allo scopo di far conoscere l'opera degli studiosi italiani in questo campo e in quello della Fisiologia del Lavoro e dello Sport, i proff. A. Gemelli, C. Foà, G. C. Ferrari, L. Barzetti e M. Ponzo stanno procedendo a una raccolta dei reattivi mentali e fisici italiani. I cultori di tali studi sono pregati di inviare pubblicazioni, fotografie, chiarimenti intorno ad apparecchi, dispositivi, questionari, ecc. da essi ideati all'indirizzo del prof. M. Ponzo, Istituto di Psicologia Sperimentale della R. U. di Torino, via Po 18.

Un'altra fondazione per la tutela dell'infanzia negli Stati Uniti.

Il sig. W. K. Kellogg, di Battle Creek, ha donato un milione di dollari, pari a 19 milioni di lire it., assumendo l'impegno di ulteriori contributi, fino alla concorrenza di 50 milioni di dollari, ossia circa un miliardo di lire it., per venire in aiuto dei bambini indigenti, fisicamente o psichicamente deboli. L'istituzione lavorerà in gran parte col concorso delle scuole. Sarà diretta dal dott. Stuart Pritchard, che ha assunto il suo ufficio col 1° gennaio.

Il prof. Bier.

Nel prossimo aprile il prof. Augusto Bier, direttore della Clinica chirurgica dell'Università di Berlino, lascerà l'insegnamento. Il prof. Bier è una personalità conosciuta nel mondo intero quale chirurgo; il suo nome è sovratutto legato al procedimento della stasi passiva. Molto nota è la sua attività diretta a limitare il campo d'azione della chirurgia (egli è stato definito un « antichirurgo »). Durante questi ultimi anni il Bier ha pubblicato numerosi scritti di carattere generale, che rivelano una cultura vastissima e una sorprendente capacità di lavoro.

Il prof. Ortner.

Il noto clinico medico di Vienna ha lasciato l'insegnamento; in tale occasione i discepoli e gli amici del vecchio Maestro hanno inaugurato una targa, opera del prof. Karl Schoby.

Il prof. Jadassohn.

Il celebre dermosifilografo tedesco è stato invitato ufficialmente, dall'Università di Parigi, a tenere tre conferenze per un corso di perfezionamento di dermosifilografia, organizzato dal prof. Gougerot nell'Ospedale Saint-Louis.

È questo il primo esempio del genere dopo la guerra; esso costituisce un indice del riavvicinamento intellettuale tra Francia e Germania.

Commemorazione di un medico arabo.

Il 22 dicembre l'« Associazione degli studenti musulmani nord-africani in Francia » commemorò il millenario del medico arabo Abu Bekr el Razì, il quale esercitò la professione negli ospedali di Bagdad ed al quale si devono importanti contributi nel campo dell'anatomia, della patologia e della terapia. La cerimonia si svolse al Ministero degli Esteri. Parlarono il sig. Sakka, presidente dell'Associazione, e il prof. Ménétrier, presidente dell'Accademia di Medicina di Parigi; seguirono brevi allocuzioni del prof. Laignel-Lavastine, del dott. Hariz e di altri.

La prima medichessa delle Indie.

È morta a 85 anni in Londra la dott.a Mary Scharlieb, che fu la prima donna a esercitare la medicina nelle Indie.

Vivendo a Madras col marito avvocato, ella comprese tutta l'utilità che poteva venire alle donne indù dall'esercizio della medicina da parte di donne. Così intraprese, a 33 anni, gli studi medici e li terminò a Londra nel 1882. Tornata nelle Indie, vi fondò il « Royal Victoria Hospital » per donne indù di alta casta e professò l'ostetricia e la ginecologia nel Collegio medico di Madras. Obbligata a tornare in Londra, per ragioni di salute, venne incaricata di insegnare alla Scuola medica femminile.

Parlando dell'avvenire delle medichesse, ella vedeva queste consacrate quasi esclusivamente alle malattie delle donne e dei bambini.

Esercente abusivo condannato a Parigi.

La 10ª Camera correzionale di Parigi ha condannato a 200 franchi d'ammenda e 500 franchi di danni e interessi verso il Sindacato dei medici della Senna, un conte che guariva i clienti per mezzo dell'ipnotismo.

Queste meschine condanne sono ben poca cosa per gente che guadagna da vivere molto più facilmente di molti medici: rientrano nelle spese generali!

È venuto a mancare improvvisamente il prof. CESARE CATTANEO, direttore della Clinica Pediatrica della R. Università di Milano, nella quale egli era passato da quella di Parma, che diresse dal 1900 al 1916.

Dirigeva dal 1911, l'Ospedale dei Bambini della metropoli lombarda.

Era presidente della Società Italiana di Pediatria. Si era anche affermato nel giornalismo medico, con la direzione della « Medicina Italiana ». Era stato sindaco di Parma, ora faceva parte del Consiglio Sanitario della Provincia e copriva altre cariche. Godeva di larghissima estimazione quale consulente.

Questi pochi cenni bastano a lumeggiarne la poliedrica operosità.

A. P.

È morto a 90 anni il dott. C. SEVEREANO, professore onorario di clinica chirurgica a Bucarest, decano della classe medica romena. Con Thomas Jonnesco — anche questi professore di clinica chirurgica — può considerarsi l'instauratore della chirurgia nella Romania. Ha introdotto varii perfezionamenti tecnici: per la cura del labbro leporino, per la sutura intradermica, pel trattamento delle lussazioni, ecc. La sua attività operatoria fu prodigiosa.

S.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Arch. Ist. Biol. Ital., ag. — D. Ganassini. Diagnosi del sangue umano. — M. Cetroni. Cosidetti miomi rossi dell'utero. — G. Guidi. Efedrina.

Folia Clin. et Biol., mag.-ag. — L. Castaldi. Influenza della corticale surrenale sull'accrescimento. — F. Rho. Estratti testicolari nelle piaghe ed ulceri tropicali.

Nat. Med. Journ. of China, ag. — T. T. Chen. Sclerema neonatorum. — M. L. Hu. Puntura e irrigazione del seno mascellare. — J. W. H. Chun. Cause delle epidemie.

Ann. di Ost. e Gin., 30 sett. — F. Vozza. Calcio e potassio nel siero delle eclamptiche. — S. Di Francesco. Reaz. di Manoiloff per la diagn. di gravid.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 sett. — Numero di cardiologia.

Morgagni, 21 sett. — C. Cantelmo. Gangrene giovanili.

Quaderni di Psich., mag-giu. — L. Levi. Prognosi dell'encefalite epid. nei ragazzi.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 14 sett. — L. Lazzarini. Micosi dell'apparato respir.

Ann. d'Ig., ag. — G. Sanarelli e A. Alessandrini. Dimostrazione delle forme filtranti di virus tbc. — E. J. Pampana. Propaganda igienica e protezione della maternità negli Stati Uniti.

Journal A. M. A., 13 sett. — L. G. Richards. Ostruzione laringea acuta. — H. I. Spector. Ascessi polmon. — S. R. Roberts e R. R. Kracke. Agranulocitosi.

Arch. App. Digest. ecc., lug. — M. Bjarne Dahl. Gastrite acuta e cron. — A. Da Silva-Mello. Il dolore xifoideo.

Rev. Sud.-Amér. de Méd. Chir., ag. — R. Bullrich. Morbo d'Ayerza. — C. Lima. Eziol. del pemfigo boccale. — C. Monge. Malattia delle Ande.

Rif. Med., 29 set. — P. Delmes. Svuotamenti estemporanei dell'utero in fine di gravid. — G. Pellegrini. Fattore renale negli edemi da mal. di cuore e di feg.

Minerva Med., 22 sett. — M. Dalla Palma. Eritrocitosi e leucocitosi adrenalinica. — R. Ascoli. Proprietà antisettiche dell'uroselectan.

Ned. Tijdsch. v. Geneesk., 27 sett. — W. Schüffner. Kala-azar.

Paris Méd., 27 sett. — Numero di psichiatria.

Presse Méd., 27 sett. — M. Garnier e R. Pricur. Meccanismo dell'ittero da ostruz. del coledoco.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 21 sett. — G. Norsa. Stati melanconici e bile nera.

Practitioner, ott. — Numero sui tumori mal.

Ann. It. di Chir., 30 sett. — R. Pecco. Tubercolosi renale esclusa. — A. G. Chiariello. Variazioni della lipemia nelle narcosi cloroformica ed eterea.

Arch. p. le Sc. Med., sett. — C. Cipriani e G. C. Dogliotti. Cloremia e ricambio del cloro in varie condizioni morbose. — S. Milone. Ipertrofia compensatoria del rene scapsulato.

Dermosifilografo, sett. — G. Sannicandro. Purpura anafilattoide di orig. tbc. — M. Artom. Il prurigo-strofulo.

Riv. di Patol. e Cl. d. Tub., 30 sett. — F. Pescatori. Patogenesi della eosinofilia. — E. Zacco. Oleotorace. — M. Goldstein. Dieta non clorurata nella tbc. polm.

Arch. It. di Chir., 6. — V. Ferrero e G. Cucco. Morbo di v. Recklinghausen. — F. Zanardi. Pseudomixoma dell'appendice. — M. Ronzini. Resezione del simpatico lombare.

Indice alfabetico per materie.

A. Pozzi, resp.

V. Ascoli, Red. capo.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXVIII Roma, 26 Gennaio 1931 - IX Num. 4

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI OLIVETO CITRA (Salerno)
diretto dal dott. M. CLEMENTE.

Rottura completa spontanea di utero in travaglio, fistola vescico-uterina, guarigione.

Prof. dott. DOMENICO CLEMENTE.

Riferisco questo caso di rottura di utero, che fu complicata nel decorso post-operativo, da una fistola vescico-uterina, per l'interesse che desta sempre tale gravissima evenienza ostetrica, per le cause determinanti della fistola ed infine per il risultato della terapia.

Eccone la storia.

G. M. M., di Salvatore, di a. 37, maritata a P. M., da Senerchia (Avellino). Mestruata a 12 anni, ha avuto sempre mestruazioni regolari. Si è maritata a 24 anni. Ha avuto precedentemente 6 gravidanze: la 1ª terminata con parto spontaneo per il vertice, feto vivo, tutt'ora vivente; la 2ª espletatasi con parto spontaneo, podice, feto morto; la 3ª con parto spontaneo prematuro, vertice, feto premorto; la 4ª con parto spontaneo, podice, feto vivo, morto poi per scottature; la 5ª con parto spontaneo, precipitoso, vertice, feto morto; la 6ª infine con parto spontaneo pure per il vertice, feto vivo, tutt'ora vivente. Sono vivi quindi il 1° ed il 6° bambino.

Ultimo parto 3 anni fa, puerperii sempre afebbrili; ha allattato i proprii figli.

Il 5 maggio del corrente anno sono chiamato di urgenza nel vicino Comune di Senerchia (Avellino) e vi giungo poco prima delle ore 12. Trovo la donna con polso piccolo, frequentissimo (120 al minuto), aritmico, dispnoica, il volto pallido e la «facies» caratteristica degli addominali. L'inferma racconta che è nel nono mese di gravidanza (ultima mestruazione il 12 agosto 1929) e che durante la gestazione non ha avuto alcun disturbo. Il giorno precedente, 4 maggio, verso le 4 del mattino, ha avuto i primi dolori e questi divennero intensi nel pomeriggio. Alle ore 18 fu chiamata la levatrice, che andò via in serata per tornare al mattino seguente. Le doglie continuarono sempre più valide e frequenti durante la notte dal 4 al 5. Mi viene riferito ancora che verso le otto o le nove del mattino del 5 si ebbe la rottura della borsa delle acque: fu fatta diagnosi di presentazione di spalla, a quanto pare di presentazione della spalla destra, cefalo-sinistra, e fu mandato a chiamare il medico. Frattanto dopo un'ultima contrazione accompagnata da un dolore straziante, le doglie cessarono improvvisamente, mentre la donna avvertiva una strana sensazione di calma dopo le molte sofferenze. Il dottore D'Ambrosio, accorso presso la donna, comprendendo la gravità della

situazione, mi faceva invitare in aiuto. La partoriente non ha avuto deliquio, nè singhiozzo, nè vomito; è però molto ansiosa. È una donna di valida costituzione con scheletro ben conformato e bacino normale. All'ispezione dell'addome non si nota alcuna contrazione uterina. Alla palpazione si ha subito l'impressione che il feto è fuori dell'utero, nel cavo addominale e specialmente caratteristica e precisa è la sensazione che dà la testa fetale, che si palpa superficialmente sotto le pareti addominali nella regione epigastrica, in modo così distinto da avvertire le ossa del cranio. Anche le « piccole parti » si palpano distintamente ed in superficie; il feto è disposto in senso longitudinale con l'estremo cefalico in alto, all'epigastrio, e quello podalico in basso; la palpazione è molto dolorosa per l'inferma.

Ascoltazione per il doppio battito: negativa. Dai genitali vien fuori del sangue in modica quantità, non in proporzione con i caratteri del polso. Al riscontro: dilatazione completa, borsa rotta; verso il lato sinistro dell'orificio esterno si nota una massa molle, sanguinante, che è placenta e a lato di essa, una mano. Il resto del corpo fetale è irraggiungibile, nè insisto sulla ricerca.

L'aspetto del volto, i caratteri del polso, l'assenza assoluta di contrazioni uterine dopo un travaglio lungo e di energiche doglie, il risultato del riscontro e soprattutto il reperto deciso della palpazione non davano luogo ad alcuna incertezza diagnostica. Consiglio di ricoverare sollecitamente l'inferma in Ospedale, trasportandola con precauzione. Faccio uno zaffo vaginale di garza iodoformica; insisto sul consiglio. Mi si ascolta e alle 15 dopo un trasporto per vie alpestri su una barella improvvisata, sorretta a mano, la donna giunge in Ospedale.

All'arrivo, ipodermoclisi glucosata con adrenalina, digalèn. Ore 16, laparotomia con l'assistenza dei dottori D'Ambrosio e Cozzi. Anestesia: poche gocce di cloroformio. Appena inciso il peritoneo vien fuori una grande quantità di sangue fluido, misto a grumi e si scorge subito tra le anse intestinali il feto libero, il quale è passato interamente nella cavità addominale. Estratto il feto e reciso il cordone, estraggo l'utero, che era disposto posteriormente al feto. L'utero è duro, energicamente contratto e retratto e presenta una larga breccia longitudinale sul margine sinistro del segmento inferiore, che non dà più sangue per la retrazione dei fasci muscolari e lo scollamento completo della placenta, che è caduta sull'orificio. Estratta la placenta e fatta una rapida detersione del cavo peritoneale dei voluminosi coaguli, procedo all'isterectomia sub-totale, legando e recidendo da prima il legamento largo di destra e poi quello di sinistra. Il peritoneo della plica vescico-uterina è ampiamente scollato e lacerato verso sinistra, in corrispondenza della rottura. Legatura dell'uterina di destra; la legatura dell'uterina di sinistra non è possibile nei tessuti contusi ed imbibiti di sangue della linea di rottura; si collocano pertanto dei punti staccati sulle superficie sanguinanti. Incisione del peritoneo sulla superficie posteriore dell'utero, amputazione alquanto al disotto della linea di lacerazione; sutura del moncone, peritoneizzazione come meglio è possibile con i lembi del peritoneo scollato.

Revisione del cavo peritoneale; zaffo alla Mikulicz. Sutura delle pareti. Subito dopo l'intervento ancora ipodermoclisi con siero glucosato ed adrenalina.

Cateterismo: urine in vescica chiare, limpide. Malgrado il grado estremo di anemia ed il pericolo di sepsi, il decorso post-operativo non fu molto inquietante. Fu messo il ghiaccio sull'addome; si usò il trifenil per combattere i fenomeni settici, la proctoclisi insieme agli analettici per mantenere la pressione vascolare e la forza del miocardio ed eccitare la diuresi. Non si ebbero fatti peritoneali di rilievo; l'inferma emise spontaneamente gas alla fine delle prime 24 ore; ebbe qualche conato di singhiozzo, non vomito. Il polso andò man mano regolarizzandosi e diminuendo di frequenza; la temperatura da prima febbrile, tornò normale all'ottavo giorno. La minzione fu spontanea con abbondanti urine limpide, non albuminose nei primi giorni. Fu tolto lo zaffo il giorno nove, in 4ª giornata; la garza dello zaffo non era intrisa di urina, nè aveva odore urinoso. Il giorno seguente, 10 maggio, l'inferma si accorse che perdeva urine dalla vagina. Messa l'inferma in posizione ginecologica, riconobbi che l'urina colava dal canale cervicale. Urotropina, Pezzer a permanenza. La ferita laparotomica aderì per prima; la parte non suturata cicatrizzò pure rapidamente. Quantunque non sperassi molto sulla chiusura spontanea della fistola, pure lasciai la Pezzer per tutta la degenza. Al momento dell'uscita, 22 maggio, si notava che la vescica in posizione verticale era continente fino alla capacità di 50 cmc.; in decubito orizzontale la donna perdeva urine di continuo. Raccomandai all'inferma di tornare dopo un mese.

Il 3 luglio l'inferma ritornò in Ospedale decisa a farsi operare per le noiose sofferenze della perdita di urina, rese più moleste da un esteso eczema delle grandi labbra e del perineo. Curato l'eczema e migliorate le condizioni della vescica, pensai all'intervento. La mia prima idea era quella di incidere il fornice anteriore, scollare la vescica dalla cervice fino alla fistola e procedere dopo alla recentazione e alla sutura isolata della lesione vescicale, dopo aver reso mobile la vescica. Cercai di stabilire a quale livello del canale cervicale si trovasse la fistola: con l'introduzione di un catetere in vescica e di un isterometro nel canale cervicale potetti constatare che la comunicazione tra vescica e cervice era a breve distanza dall'orificio esterno del collo uterino (2 cm.). Questo rilievo insieme al fatto che l'utero era stato in precedenza amputato mi fecero adottare un altro metodo. Il 7 luglio, in narcosi cloroformica, praticato un taglio su ambo i lati del collo e divaricate le due valve risultanti dall'incisione, trovai facilmente l'orificio fistoloso che era della grandezza della moneta di un doppio soldo, nuovo conio, riuscii pure a recentarne i margini, ma molto laborioso fu il collocamento dei punti. Vi riuscii infine e posi 3 punti staccati di catgut. Asportai dopo, al disotto del livello della fistola, su i 2 labbri del collo la mucosa insieme a quasi tutto il tessuto muscolare per avere tessuti più cedevoli da affrontare e suturai le superficie cruente con punti isolati di catgut. Pezzer a permanenza; zaffo di garza al iodoformio, Cylotropina; cambio del catetere ogni 3

giorni urine prima ematiche, poi chiare. Il decorso post-operativo fu turbato da vomiti postanestesici per la lunga durata della narcosi e da un ematoma al disotto della linea della sutura vaginale, dovuto a qualche ramo vasale non compreso nella sutura. Tutt'e due le cause, ma specialmente quest'ultima impedirono la regolare adesione: in 10ª giornata, quando tolsi lo zaffo dovetti perciò constatare che la fistola non era guarita. Attesi qualche giorno, eseguendo delle lavande vescicali ed il giorno 19 luglio eseguii il 2° intervento. Bisogna tener presente che dopo la prima operazione, la linea di cruentazione della vagina e della parte residuale del collo aveva aderito soltanto nella parte mediana, mentre da ambo i lati e specialmente a destra era rimasta deiscente. L'instillazione di una soluzione di novocaina in vescica fece ottenere una sufficiente anestesia e l'operazione fu agevole per la minore profondità dei tessuti da avvivare e suturare. Passai da prima delle anse di catgut al disopra dell'estremo destro della soluzione di continuo per servirmene come fili di trazione; cruentai e scollai i bordi e ne eseguii la sutura avvicinandone i lembi in senso verticale, collocando punti isolati di catgut dall'alto al basso; dopo recentazione e scollamento suturai i margini della parte sinistra della lesione in senso trasversale. Le due suture facevano capo al ponte di tessuti aderiti, formando come una lettera T coricata. Fu messa in vagina una piccola e corta striscia di garza al iodoformio, avendo cura che non fosse in contatto con i fili, che furono tagliati corti. Sonda di De Pezzer. La striscia fu tolta in 3ª giornata e d'allora rinnovata ogni giorno. La sonda fu cambiata pure quotidianamente e tutti i giorni fu lavata la vescica con scarsa quantità di soluzione di ossicianuro di mercurio al 1/5000 a diverse riprese (30-40 cmc. per volta fatti defluire lentamente). Qualche iniezione di Cylotropina.

Già al 18° giorno potevo iniettare in vescica gr. 200 di soluzione, senza che goccia di liquido trapelasse in vagina. Tolsi la sonda a dimora al 21° giorno; la fistola era guarita e l'inferma dopo una lunga degenza lasciava questa volta definitivamente l'Ospedale, completamente guarita.

Ed ora qualche considerazione sul caso descritto.

La presentazione di spalla ha una speciale importanza nell'etiologia delle rotture spontanee di utero in travaglio, perchè all'ostacolo abnorme causato dalla situazione trasversale del feto si aggiunge il fattore predisponente della minore resistenza, della parete uterina, dovuta alla multiparità, propria di tali presentazioni. Ne deriva la necessità di insistere nella volgarizzazione presso le levatrici del grandissimo valore sociale, che ha un'assistenza intelligente ed un tempestivo allarme, perchè con un innocuo intervento da parte del medico si può assicurare la vita della madre e del feto. Nel caso particolare, la salvezza della donna si ebbe anzitutto per la spontanea diminuzione della grave emorragia interna, dovuta in parte allo svuotamento dell'utero e alla successiva retrazione ed ancora di più all'abbassamento della pressione vascolare. Impedì poi una sepsi mortale ed assicurò l'emostasi l'intervento che relativamente al tempo perduto prima della chiamata e del trasporto, alla distanza e alle vie di comunicazione, fu eseguito abbastanza sollecitamente, 4 ore dopo la diagnosi, e circa 7 ore dopo la rottura. Ciò dimostra l'utilità di decentrare gli Ospedali e di favorire lo sviluppo di nuclei Ospedalieri di pronto soccorso chirurgico ed ostetrico, disseminati nelle zone riconosciute più utili per densità di popolazione e condizioni topografiche.

Nel caso descritto non vi era da pensare che all'intervento demolitore e purtroppo questa è la via da seguire in pratica per dominare l'infezione, verificandosi per lo più la gravissima complicanza della rottura uterina dopo lungo travaglio con cattiva assistenza e ripetute esplorazioni; il trattamento di elezione, che è quello della laparotomia conservativa con sutura della lacerazione è riservato ai casi « puri » che possono verificarsi in donne già ricoverate in istituti clinici.

In quanto alla fistola vescico-uterina, che si verificò al 7° giorno dall'inizio del travaglio, essa deve ritenersi prodotta da necrosi come la maggior parte di tutte le fistole urogenitali.

Confermano tale fatto le 29 ore di energiche doglie (ore 4 del giorno 4, ore 9 del giorno 5), le urine emesse col cateterismo di colorito normale dopo l'intervento, la minzione spontanea dal giorno 5 al giorno 10, l'aspetto dello zaffo della Mikulicz quando fu estratto, la sede della fistola. Essa non era infatti verso l'estremo superiore del moncone d'amputazione uterina, come si sarebbe dovuto verificare se la fistola fosse stata determinata da propagazione della lacerazione uterina alla vescica, ma in vicinanza dell'orificio esterno del collo, a 2 cm. circa, nel canale cervicale. La necrosi si produsse per le alterazioni trofiche dei tessuti conseguenti alla compressione esercitata dalla parte presentata nel lungo travaglio ed ancora maggiormente allo scollamento ed assottigliamento delle pareti della base della vescica verificatisi nel momento della rottura dell'utero.

Per quanto riguarda la terapia delle fistole vescico-uterine e delle fistole vescico-vaginali a sede alta i risultati della chirurgia attuale sono a favore dell'operazione transvescicale, specialmente quando sia stata in precedenza eseguita un'isterectomia sub-totale o per le fi-

stole vescico-vaginali alte l'isterectomia totale. E tale forse era pure la condotta da tenere fin da principio nel caso descritto. Anche per i metodi vaginali sono da preferirsi in ogni caso quelli che si propongono la chiusura diretta della fistola con sutura isolata della lesione vescicale, dopo liberazione di essa dai tessuti ad essa aderenti. Nel caso in esame tuttavia l'amputazione precedentemente eseguita dell'utero, rendeva difficile lo scollamento della vescica e la sutura isolata della lesione per la mancanza di un solido punto di appoggio ed il pericolo di ledere il peritoneo e fu perciò giustificato, dal punto di vista dei processi operatorii vaginali, il metodo di recentare i bordi della fistola dopo discissione bilaterale del collo ed indi eseguire un'isterocleisi. Fu resecato il tessuto muscolare del collo, insieme alla mucosa per avere delle supercie più facili a collabire dopo la cruentazione.

Il successo ottenuto nel secondo intervento, in cui si ottenne la guarigione pur con un metodo indiretto e con la semplice recentazione fu dovuto all'accurata emostasi, al perfetto affrontamento dei tessuti ed infine alla vigile cura post-operatoria, in cui particolarmente utile fu la lavanda quotidiana della vescica con piccole quantità di soluzione antisettica.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di rottura spontanea completa di utero in travaglio per presentazione di spalla negletta. Fu eseguita con successo l'isterectomia sub-totale 7 ore dopo la rottura. Nel decorso post-operativo si ebbe per necrosi una fistola vescico-uterina, che fu operata per via vaginale dopo un mese circa. Il primo intervento che consistette nella discissione bilaterale del collo, recentazione e sutura dell'orificio fistoloso endocervicale, resezione della mucosa e del tessuto muscolare dei labbri del collo, sutura in catgut, fu vano e dette luogo a parziale adesione.

Il secondo con la recentazione dei tessuti del fornice e la sutura pure con catgut fu seguito da guarigione della fistola.

Oliveto Citra (Salerno), agosto 1930.

BIBLIOGRAFIA.

1) ARATI. *Su di un caso di placenta previa con rottura di utero da pituitrina.* La Rassegna di Ostetricia e ginecologia, nov. 1929.
2) BENTIVEGNA A. *Comunicazione all'Assoc. Medici-chirurgi specialisti di Palermo.* La Riforma Medica, pag. 330, 1929.
3) CATERINA. *Sopra un caso di rottura spontanea dell'utero in travaglio.* Rivista di Ostetricia e ginecologia pratica, pag. 35, 1923.
4) CAUCCI. *Rotture ostetriche dell'utero e di organi vicini.* La Riforma Medica, n. 27, pagina 631, 1924.
5) CANUSO. *Rottura spontanea dell'utero in travaglio di parto.* Il Policlinico, Sezione Pratica, pag. 244, n. 7, 1929.
6) COLLOSI. *Una cesarea Porro in seguito a rottura di utero in soprapparto.* Rivista di Ostetricia e gin. pratica, pag. 115, 1923.
7) CONSOLI D. *Rotture di utero asintomatiche in travaglio.* La Clinica Ostetrica, pag. 557, fasc. 8, 1928.
8) DE BELLA. *Rottura di utero in travaglio di parto.* Rivista di Ost. e ginecologia pratica, pag. 529, 1923.
9) FONTANA S. *Comunicazione alla Società Pugliese di Ostetricia.* La Clinica Ostetrica, fasc. 9, pag. 666, 1928.
10) GIAMPAOLO R. *Sul comportamento dell'emorragia che prelude alla rottura spontanea dell'utero in travaglio espulsivo.* Il Policlinico, Sez. pratica, fasc. 40, pag. 1389, 1925.
11) LAURO. *Un caso non comune di rottura di utero in travaglio di parto.* Atti della Soc. di Ost. e gin., pag. 480, 1923.
12) LOMBARDI. *Una mia modifica alla tecnica operativa delle fistole vescico-vaginali.* Riv. di Ost. e gin. pratica, n. 7, pag. 9, 1929.
13) LUCCARELLI V. *Rottura completa dell'utero in travaglio.* Il Policlinico, Sez. prat., pag. 1033, fasc. 29, 1927.
14) MANZI L. *Rottura spontanea incompleta dell'utero con rottura della vescica.* Rinascenza Medica, pag. 1023, n. 17, 1928.
15) MAGOS H. *Taglio cesareo venti mesi dopo una rottura uterina.* Bruxelles Médical, giugno 1929, n. 32.
16) MARTINOLLI. *Di un raro caso di rottura spontanea dell'utero.* Riv. di Ost. e gin. pratica, agosto 1929.
17) MERLETTI G. *Una modificazione utile nella tecnica operativa delle fistole vescico- e rettovaginali.* Annali di Ost. e gin., n. 7, 1925.
18) NOTO A. *Rottura spontanea incompleta dell'utero in travaglio.* La Riforma Medica, pagina 330, 1927.
19) PONZIAN A. *Un caso di rottura di utero in travaglio di parto.* Il Policlinico, Sezione pratica, fasc. 7, pag. 255, 1925.
20) PUCCINELLI V. *Rottura d'utero con formazione di vasto ematoma pelvi-ileo-lombare.* Atti della Soc. Italiana di Ost. e gin., pag. 563, 1923.
21) ROLANDO S. *Nuovo processo operativo per il trattamento della fistola vescico-uterina.* La Riforma Medica, pag. 276, 1927.
22) SCHMID. *Operazione conservativa nella rottura dell'utero.* La Clinica Ostetrica, pag. 665, n. 12, 1929.
23) SANTI. *Di una rarissima forma di rottura spontanea dell'utero in travaglio.* Atti della Soc. di Ost. e gin., 1923.
24) SORRENTINO. *Contributo alle fistole vescico-vaginali chirurgiche tardive.* La Riforma Medica, pag. 908, n. 27, 1929.
25) VOZZA G. *Sulla etiologia e sulla sintomatologia della rottura spontanea dell'utero.* Annali di Ost. e gin., 30 nov. 1928, n. 11.

OSPEDALE CIVICO DI TOLENTINO.

Perforazione uterina e intestinale per manovre abortive. Isterectomia; enterectomia; guarigione

per il dott. GUIDO SIMONCELLI, chir. primario.

L'8 febbraio 1929, alle ore 18 circa fui invitato da una levatrice a visitare tale S. Flavia, la quale soffriva di dolori al basso ventre con perdita di sangue dai genitali. La paziente, contadina di 34 anni, maritata, madre di 4 figli, puerpera al 4° mese di allattamento, mi riferì che, essendo da qualche tempo preoccupata per il timore di essere incinta, il giorno avanti (7 febbraio), di buon mattino, consultò una vecchia zingara (!) a lei sconosciuta per aver conferma o meno del suo stato di gravidanza; ne ebbe responso affermativo e nello stesso tempo le fu somministrato un « istrumento di gomma rossa, lungo e sottile » da infilare nella vagina e spingere profondamente il più possibile. La paziente seguì il consiglio, e tenne il letto. Nella notte tra il 7 e l'8 febbraio ebbe qualche dolore addominale, ma non vi fece caso; il mattino seguente (8 febbraio) aumentando i dolori al basso ventre e perdendo un po' di sangue dai genitali, volle consultare un medico e, senza confessare a nessuno l'accaduto, si fece condurre in città dal marito che, ignaro di tutto, la caricò sulla bicicletta. Il sanitario, tratto in inganno dalla reticenza della malata, le prescrisse qualche calmante senza attribuire gravità al caso; ma i dolori e il malessere si accentuarono, per cui fu riportata a casa d'urgenza con un'automobile. Nel pomeriggio il male andò progressivamente aumentando.

Al momento della mia visita la malata, di costituzione scheletrica normale, con un pannicolo adiposo ben conservato, aveva un colorito roseo e un aspetto non molto sofferente; decubito ventrale, respirazione un po' superficiale a tipo toracico. Polso un po' frequente (100) e t. 37°,5. Accusava dolori diffusi all'addome, ma specialmente all'ipocondrio sinistro e alla base del torace dello stesso lato; non aveva mai avuto vomito nè singhiozzo. L'addome, poco trattabile, era dolente su tutto l'ambito e in stato di lieve difesa muscolare.

Feci presente ai familiari che il caso, se non gravissimo nel momento, era molto complesso e delicato; perciò si rendeva necessario il trasporto della malata in Ospedale per un più completo esame clinico e specialmente ginecologico, non escludendo la eventualità di dover procedere a un atto operativo.

Entra in Ospedale alle ore 19.

Esame delle urine: Albumina e zucchero assenti. Reazione di Sgambati incerta.

Esame ginecologico: All'ispezione i genitali esterni sono normali da pluripara e lasciano uscire piccola quantità di sangue nerastro. Introdotte le valve in vagina, si vedono le pareti di questa, i fornici, il collo uterino, l'orificio esterno del canal cervicale normale senza alcuna traccia di lesioni meccaniche. All'esplorazione bimanuale si hanno dati incerti riguardo al volume dell'utero e degli annessi, data la dolorabilità e lo stato di difesa dell'addome. Il canale cervicale e permeabile alla punta del dito. Introdotta con gran prudenza una pinza a falso germe, questa entra facilmente in cavità senza dare nessuna sensazione speciale e la cavità stessa sembra vuota.

Interrogata la malata di nuovo se l'istrumento sia stato veramente e completamente introdotto nei genitali, se sia stato estratto, o uscito spontaneamente o restato in cavità, essa risponde: « non so ».

Invitandola ancora a riflettere sulla vitale necessità di una risposta veritiera, confermava (completamente *compos sui*) di non sapere; non escludeva però che l'istrumento fosse uscito da sè nell'atto della defecazione compiuto la sera precedente.

Comprendendo che, per ragioni ovvie, bisognava rinunciare a veder chiaro nell'anamnesi e basandomi prevalentemente sui segni obbiettivi che attestavano una incipiente peritonite, proposi senz'altro un intervento laparotomico che eseguii seduta stante

1) Ansa intestinale asportata.
2) Corpo dell'utero.
3) Sonda uretrale semirigida.

Operazione: Anestesia Pantopon eterea. Laparotomia mediana sottombellicale. Aperto il peritoneo, si nota molto sangue misto a grumi fra le anse intestinali e nelle parti declivi. L'epiploon, arrossato e ispessito, è ammassato verso il piccolo bacino dove aderisce ad alcune anse intestinali; sollevatolo a scopo di esplorazione, si scopre, disposta in senso longitudinale, una sonda uretrale di gomma vulcanizzata semirigida di calibro numero 18 (N. 3 della figura) che si estrae immediatamente.

Asciugato e deterso il peritoneo nelle parti declivi si mette la malata in posizione di Trendelemburg per constatare lo stato dell'utero. Prima che questo sia messo in evidenza, si scopre un focolaio dove i grumi sanguigni sono abbondanti e da dove si sprigiona un odore fetido. Dopo accurata detersione si riconosce un'ansa di intestino tenue, di colorito nerastro, con pareti in via di sfacelo, addossata e conglutinata alla parete posteriore dell'utero. Con lieve trazione detta ansa intestinale facilmente si distacca e si lascia esteriorizzare; allora la si avvolge con compresse di garza e si isola per procedere all'esame e al trattamento del corpo uterino. Afferratolo e sollevatolo si vede chiaramente nel mezzo della sua parete posteriore una ferita beante e attraverso a questa, in cavità uterina, un piccolo anello di osso bianco che costituisce il padiglione della sonda. Detta ferita è ampia tanto da dar passaggio alla punta di un dito, ha margini abbastanza regolari e molto sanguinanti. Asportato il piccolo anello di osso, si applicano tre punti di sutura in catgut, ma lo scopo emostatico non si ottiene completo per la friabilità del miometrio; intanto si circonda l'utero che è piccolo, floscio (N. 2 della figura) con striscie di garza stipata per passare al trattamento dell'ansa intestinale gangrenata. Detta ansa (N. 1 della figura) per la lunghezza di circa 30 cent. è completamente priva del suo mesenterio; è di colorito nero-verdastro, di consistenza flaccida, di odore fetido e presenta in un punto una perforazione grande come una lenticchia, in altri punti è prossima a perforarsi. Viene resecata facendo cadere la sezione ben oltre il limite della necrosi; cioè in parti sicuramente ben irrorate; indi si eseguisce un'anastomosi termino-terminale.

Il bordo del mesenterio non dà la minima emorragia, ma, per sicurezza vengono poste alcune legature nei vasi trombizzati che si vedono pulsare.

Dopo ciò deterso con etere il campo operativo, la mia preoccupazione ritorna sull'utero per controllare la sutura eseguita, ma purtroppo devo constatare, per la presenza di sangue e di numerosi grumi recenti, che l'emostasi non è completa. Mi decido allora all'isterectomia sopravaginale che eseguo in pochi minuti. Termino l'atto operativo con accurata peritoneizzazione del Douglas, un buon drenaggio di garza e sutura quasi totale dell'addome.

Ipodermoclisi: siero antistrettococcio e antitetanico.

Decorso post'operatorio senza incidenti. L'inferma lasciò l'Ospedale dopo 25 giorni completamente guarita.

Questa la storia clinica; alla quale segue una storia giudiziaria, poichè la paziente fu imputata di procurato aborto. Dirò brevemente che l'istruttoria del processo non portò alcuna luce sullo svolgimento dei fatti, non essendosi rintracciato nessun autore o complice delle manovre abortive; che, quindi, restarono come vere, per quanto inverosimili, le asserzioni della paziente di avere introdotto *da sè* la sonda nell'utero. La paziente poi fu assolta, perchè, in base all'esame macroscopico e istologico del corpo uterino, risultò inesistente lo stato di gravidanza, e così venne a cadere l'accusa di procurato aborto.

RIASSUNTO.

L'A. riporta un caso di perforazione uterina da sonda semirigida usata a scopo abortivo; la sonda, passata *in toto* in cavità addominale, determinò necrosi e sfacelo di un'ansa intestinale per lesione del mesenterio.

La congestione e l'ipersecrezione mammaria verso la fine della gravidanza, sintoma di morte del feto.

Dott. DOMENICO PALIERI.

È scritto nei trattati di Ostetricia che, per la morte del prodotto del concepimento nell'utero, fra i diversi sintomi presentati dalla donna, vi è anche quello dei fenomeni mammari, cioè tensione della glandola con portata lattea, senza altra manifestazione di carattere spiccato, e degno di considerazione.

Le mie osservazioni, in tre casi che riporto, manifestatisi con una forma così rilevante, e direi quasi specifica, m'inducono a dover ritenere che, la tensione delle mammelle, con forte dolorabilità ed ipersecrezione in una donna incinta e prossima al parto, sono sintomi sicuri dell'avvenuta morte del feto.

Non ripeterò la solita storia clinica, in tutte le notizie anamnestiche, sia perchè non metterebbero in rilievo dati importanti, sia perchè non sono riportate nei miei appunti professionali.

Il primo caso quindi mi accadde alcuni anni passati: trattavasi di una donna senza precedenti luetici, ed operata da me nel parto precedente a quello in discussione.

Era alla 4ª gravidanza, portata senza disturbi. Appena incominciarono i primi segni del parto, temendo un secondo atto operativo volle consultarmi perchè il giorno precedente aveva subito un forte spavento, dopo del quale non aveva più avvertiti i movimenti fetali ed avvertiva un peso alle mammelle, con dolore vivo alla più tenue palpazione, ed un malessere, non avuto nelle precedenti gravidanze. Alla mia osservazione non percepii il battito cardiaco, mentre l'utero era con incipiente dilatazione, ciò che mi fece pensare ad un parto non imminente. Il giorno dopo si acuì il dolore al seno, dal quale veniva fuori abbastanza colostro, ed era tale la sofferenza che la donna richiedeva un rimedio per tal fatto, anzichè pel parto. L'utero progrediva nella dilatazione tanto che diagnosticai un parto non molto lontano, nascondendo i miei dubbi sulla vita del feto, per non aumentare le preoccupazioni.

Nel pomeriggio i dolori da parto incalzarono, le acque calarono ed in poco tempo venne fuori un feto morto, in incipiente macerazione. Espletato il parto cessò il dolore alle mammelle, andò gradatamente diminuendo il loro volume, così anche la febbre.

Il puerperio ebbe decorso benissimo.

Il 2° caso avveratosi per cronologia in epoca posteriore al 1° non fu da me ugualmente seguito e studiato in tutti i suoi momenti. Fui chiamato per operare una donna da tre giorni in travaglio, con acque calate anche da tanto tempo, e che mentre i dolori erano incalzanti, il feto non progrediva. La donna però era agitatissima, direi quasi delirante, per la dolorabilità delle mammelle sin dal giorno precedente; insisteva nel farmi notare che non poteva toccarle, tanto che la levatrice aveva fatto applicare degli impacchi caldi, vi era stata emissione di siero-colostro, ma con poco sollievo. Ascoltai ed in nessun quadrante dell'addome notai il fattito cardiaco; eseguii il riscontro e notai una presentazione della faccia con modica idrocefalia. Avvertii la famiglia della quasi sicura morte del feto e con un'applicazione di forcipe estrassi un bambino morto da qualche giorno, perchè già con macchie rosso-verdastre.

Il puerperio decorse senza inconvenienti, cessando anche le sofferenze mammarie.

Il 3° caso mi è occorso nel luglio scorso. Trattavasi di una signora alla sesta gravidanza, e da me visitata molte volte perchè con vizio cardiaco. Fui richiesto, perchè, prossimo il parto avessi suggerito dei rimedi da tener pronti, e perchè le sofferenze di congestione e dolorabilità alle mammelle venivano attribuite al vizio cardiaco. Notai in realtà che la minima palpazione sul seno non era tollerata e che vi era fuoriuscita del colostro e che malgrado la gravidanza (era nella 1ª quindicina del nono mese) vi erano segni di prossimo parto. Rassicurai pertanto la signora a non essere preoccupata prescrivendo l'occorrente.

Dopo due giorni d'urgenza fui richiamato: trovai la levatrice che m'informò della avvenuta rottura dell'amnios da un paio di ore e che temeva per la vita della gestante. In realtà la donna era molto depressa, polsi filiformi, sudori freddi; la rianimai e fatto il riscontro diagnosticai utero non tutto dilatato, ma cedevolissimo, presentazione della spalla destra, dorso posteriore. Continuai a sferzare un poco il cuore ed eseguii il rivolgimento classico sui piedi, accorgendomi, nella manovra, che la pelle degli arti inferiori del feto si distaccava alla presa, ed estrassi un feto macerato. Il secondamento un poco stentato ma naturale. Il puerperio fu normale, il seno ritornò in uno stato di avvizzimento e la signora per due giorni stette con una forma di collasso, e che il polso sottile ed appena percettibile ne indicava la vita. Dopo si riprese, il vizio cardiaco persiste e le condizioni sono alquanto migliorate da quelle che erano durante la gestazione.

Questi i tre casi che bene ricordo, e che replico, mi autorizzano a dire che le condizioni delle mammelle offrono un ben spiccato indizio per diagnosticare la morte del feto. È uopo però che vi sia una spiegazione scientifica per affermare tutto ciò.

È vero che la secrezione lattea con il suo treno fenomenico è in assoluta dipendenza delle condizioni generali, ed è sensibilissima nella quantità e nella qualità all'infuenza del sistema nervoso, quindi cause morali, brusche, ecc., tengono a farne diminuire la portata, se non ad annullarla, mai però ad aumentarla, e queste cause sono molteplici, e descritte dai vari autori che hanno illustrato i singoli casi. Ma a gravidanza non finita, quale sintoma della morte fetale, non possiamo parlare di secrezione lattea normale, perchè essa si stabilisce dopo qualche giorno dal parto, preceduta da quel fenomeno, montata del latte e con un complesso di condizioni, quale la congestione e la febbre del latte, sicchè non possiamo dare la spiegazione, nei casi riportati, ricorrendo al solito luogo comune, che alle volte nasconde la nostra ignoranza « fatto nervoso ». Che anzi anche la febbre del latte, ben osservando le regole antisettiche durante e dopo il parto, non si osserva più, e possiamo quindi stabilire che essa non è di origine mammaria, ma deve essere in relazione di infezione di genere diverso.

Ho letto la comunicazione fatta all'Accademia di Scienze Mediche nella seduta del 25 marzo '26 dal prof. Merletti e dal dott. Vignali « sulla genesi e significato del brivido materno nella morte endouterina del feto » al quale studio è uopo riportarsi, poichè sono convinto, che la medesima causa determinante il brivido, è a sua volta l'origine della ipersecrezione mammaria e della relativa congestione, per l'avvenuta morte del feto; fatto poi che se non per la sua costanza, per la sua certezza quando avviene, assurge ad avere la qualifica di sintoma, direi quasi, patognomonico, per la diagnosi di morte del feto. Solo, è bene stabilire, che il fenomeno osservato è stato sempre febbrile, e non dico ciò per voler stabilire od ammettere una possibile latente infezione.

Non si è praticato l'esame del sangue, come fecero il Merletti ed il Vignali, perchè lo dico francamente, lo studio dei tre casi è avvenuto dopo che si svolsero, ma sono convinto che se si fosse fatto il suddetto esame avremmo constatato, nel circolo e nella crasi sanguigna, quelle modificazioni osservate dal prof. Merletti, cioè le crisi vasculo-sanguigne o skoch emoclasico.

Ammesso che dopo la morte endo-uterina del feto le correnti umorali cambiano direzione, e quindi non hanno direzione dalla madre al feto, ma da questo a quella; e come nel circolo materno, sempre dopo morto il feto, si è constatato dal Vicarelli l'acetone, e dallo stesso Merletti l'urobilina, così possono

passare i prodotti della alterata necrobiosi per disfacimento del feto e degli annessi, consistenti in proteine eterogene.

Questa in sintesi la spiegazione del Merletti e del Vignali, e che io credo può anche ammettersi per la congestione, la dolorabilità e l'ipersecrezione mammaria nella morte endouterina del feto.

Data questa spiegazione possiamo quindi ritenere che quello stato speciale del seno sopra trascritto, può innanzi tempo farci diagnosticare l'avvenuta morte del feto.

Cerignola, agosto 1930 VIII.

RIASSUNTO.

L'A. riporta tre casi che dimostrano come la dolorabilità delle mammelle con uscita di colostro sono indizio della morte del feto, ammettendo la medesima genesi del brivido materno che si verifica anche nella morte fetale.

MEDICINA SOCIALE

La lotta contro l'alcoolismo e la legislazione italiana vigente.

Dott. GIUSEPPE GARBERINI

Ufficiale sanitario del Comune di Tivoli.

In Italia sono ancora tante le creature umane avvelenate dall'alcool ed ancor peggio abbrutite dal vizio. A questo infatti molti ricorrono sia per dimenticare i dolori e il peso della vita, sia anche perchè non sanno trovare altrove divertimento ed occupazione.

Basta camminare di sera per le vie buie, anche dei più piccoli centri urbani, e, dare uno sguardo ora a sinistra ed ora a destra, per vedere aperte numerose porte, dalle quali si accede attraverso lumi, quasi spenti, ma velati ed offuscati, in locali angusti, umidi e grigi. Ivi si vedono seduti dinanzi alle ampolle, ripiene di tossico, ombre di esseri viventi in forma ed apparenza umana, in attesa di tranguggiare la tazza finale dell'ebbrezza e dell'oblìo. Basta ricalcare al mattino le stesse vie percorse la sera precedente, per osservare lungo i margini della strada, i ripugnanti rigurgiti umani, a riprova delle orgie consumate.

Chi sono questi esseri, che vivono, entrano ed escono da questi bassi ritrovi?

Che ne è del loro senso umano, dei loro sentimenti etici, dei loro rapporti di vita sociale?

Quali esseri, eugenicamente parlando, da questi individui, in tali condizioni, saranno generati? quale educazione poi e quale esempio di moralità i loro figli stessi potranno da essi ricevere, quando inebriati, tornano a casa, ove purtroppo spesso non trovano che una stanza ed un letto solo per sè e per tutta la famiglia?

In Italia, madre dei popoli, una vera lotta statale e sociale a fondo contro l'acoolismo non esiste. Pochi anni or sono nei piccoli centri dell'Italia settentrionale e centrale sorsero alcune leghe della temperanza, che vissero però vita stentata, esaurendo il loro cómpito in qualche pubblicazione di propaganda, e lasciando pertanto le cose nelle stesse condizioni.

La legislazione anche riguardante la materia non è completa nè precisa.

È vero che il C. P. con l'art. 488 punisce chiunque, in luogo pubblico, è côlto in istato di manifesta ubbriachezza, molesta, ripugnante e peggio ancora se abituale; con l'articolo 489 poi punisce chi in luogo pubblico cagiona l'ubbriachezza altrui, somministrandogli a tal fine bevande o altre sostanze inebrianti

Ma chi può stabilire, chi può far diagnosi di ubbriachezza? Un agente, un carabiniere non può farlo (nè lo fa) essendo questa una diagnosi clinica, vera e propria, che talora deve stabilirsi e che talora anche non è facile a stabilire.

Mancano appunto a tal riguardo nella legge disposizioni precise.

Le leggi e i regolamenti speciali in materia sono i seguenti:

1) Legge sugli spiriti, 26-2-1890, n. 6653.

2) Legge contro l'alcoolismo, 19-6-1913, n. 632.

3) Regolamento contro l'alcoolismo, 22-10-1914, n. 1230.

4) Leggi per combattere le frodi nella preparazione e commercio dei vini, 14-7-1904, n. 388.

5) Regolamento come sopra, 5-8-1905, numero 497.

6) D. L. come sopra, 12-4-1907, n. 729.

7) R. D. L. come sopra, 15-10-1925, numero 2033.

8) Regolamento come sopra, 1-7-1926, numero 1361.

9) T. U. Legge sugli spiriti, 16-9-1909, n. 704.

10) Regolamento sugli spiriti, 25-11-1909, n. 762.

11) Legge 10-12-1925, n. 2277, per la protezione ed assistenza della maternità ed infanzia (art. 23).

Che cosa dicono queste leggi e questi regolamenti? Molte cose utili e non utili, d'indole generale; poche cose invece che riguardano direttamente l'argomento sociale, di cui trattasi.

Particolare menzione merita la legge del 1913 n. 632 e il regolamento del 1914 n. 1230, che mirano in modo particolare a porre un

freno alle rivendite delle bevande alcooliche, superiori al 21 %, per le quali è necessaria una speciale autorizzazione prefettizia e ciò indipendentemente dalla licenza della P. S. per la vendita delle bevande alcooliche comuni, come all'art. 84 della L. di P. S. (6 novembre 1926 n. 1848).

Ora per queste licenze come all'art. 88 della citata legge di P. S., e per le autorizzazioni prefettizie, di cui sopra, come all'art. 5 del regolamento contro l'alcoolismo 22-10-1914 n. 1238, è espressamente richiesto il preventivo parere dell'Ufficiale Sanitario Comunale, circa la corrispondenza dei locali alle condizioni igieniche necessarie. Per i locali invece, ove si vendono le bevande alcooliche ricavate dai propri fondi, benchè in modo temporaneo, ma pur tuttavia per diversi mesi dell'anno non si fa uguale espressa menzione di questo obbligo, come all'art. 10 del citato regolamento contro l'alcoolismo e all'art. 206 del regolamento di P. S. 21 gennaio 1929 n. 62. Perciò per queste rivendite che sono le più numerose, vige la massima libertà. È ovvio quindi intendere come anche questo obbligo sarebbe necessario estendere anche a tali esercizi, i quali sono non meno degli altri soggetti a indiscussa vigilanza sanitaria per l'art. 52 del T. U. Leggi Sanitarie 1° agosto 1907 n. 636. A questo proposito, inconveniente maggiore della legge 1913, è il disposto dell'art. 7 per il quale nei Comuni in cui esistono esercizi di rivendita di vino, birra e di qualsiasi bevanda alcoolica, in numero tale da superare il rapporto di 1 per 500 abitanti, non può essere accordata alcuna nuova licenza per apertura di tali esercizi. Questa disposizione non si applica al proprietario che vende al minuto il vino dei propri beni. Il R. D. 25-10-1924 e la legge di P. S. (art. 93) modifica l'art. 7 della citata legge, stabilendo per gli esercizi di vendita e di consumo di qualsiasi bevanda alcoolica il rapporto di 1:400 abitanti; per gli esercizi di vendita e di consumo delle bevande alcooliche, con contenuto in alcool superiore al 4 1/2 % del volume il rapporto di uno per 1000 abitanti. Sono sempre esclusi da questo rapporto i proprietari che vendono al minuto il vino dei propri fondi.

Lo scopo della legge in tal guisa è frustato da questa disposizione, in quanto che a fianco di pochi esercizi permanenti ne esistono altri numerosi, a carattere apparentemente temporaneo, ma talora purtroppo aperti per diversi mesi dell'anno, a seconda della produzione e della vendita e nei quali avviene il maggior consumo di vino, e come precedentemente ho detto, anche il più sfacciato abbrutimento umano.

Opportunamente invece la legge del 1913 vieta la vendita delle bevande superalcooliche nei giorni festivi ed elettorali, vieta la loro somministrazione ai minorenni ed agli individui già alterati dal vino.

Inoltre l'art. 3 della legge contro l'alcoolismo e l'art. 94 della legge di P. S. stabilisce l'ora di apertura degli esercizi di rivendita di vino, ecc., che non potrà essere fissata prima delle ore 10 nei giorni feriali e delle 11 nei giorni festivi e per gli stessi l'ora di chiusura non potrà essere fissata oltre le 23 dal 15 maggio al 31 ottobre, nè oltre le ore 22 dal primo novembre al 14 maggio. Prima dell'orario di apertura è vietata la vendita di vino, di birra, ecc., in ogni esercizio di caffè, bar, alberghi, ecc.

Questa opportuna disposizione ostacola sicuramente le abitudini dei bevitori dei bicchierini, i quali come è noto, ne fanno uso nelle prime ore del mattino, specie prima di andare in campagna.

Ma chi vieta agli uni ed agli altri di acquistare la sera precedente o in qualunque altra ora della giornata, una intiera bottiglia di acquavite, rhum, cognac ed altro?

La lotta contro l'alcoolismo in Italia, per raggiungere lo scopo sociale desiderato, deve fare altri passi, deve essere condotta senza quartiere e spinta ad oltranza, senza lasciarsi impressionare dalle proteste di tutti coloro, i quali credono con la diminuzione del consumo degli alcoolici in genere di vedere irrimediabilmente lesi i propri interessi. E se questo pur fosse? Lo Stato deve guardare alla Società e non all'individuo. Ottimi esempî lo Stato ha già dato al progresso della civiltà con la lotta contro la tubercolosi, con la lotta contro la malaria, con la lotta contro le malattie infettive, specie di natura tifosa, con la legge sulla vigilanza igienica del latte, ed anche con la battaglia del grano, poichè sarebbe inutile dare il pane al popolo, se non gli si dà innanzi tutto la vita.

La lotta contro l'alcoolismo deve imporsi su un livello sociale non meno importante degli altri, poichè se il bacillo di Koch lede il polmone, se il protozoo della malaria distrugge il sangue, ecc., il tossico alcool intacca il sistema cardio-vascolare, il sistema nervoso centrale e periferico, il sistema riproduttivo e quindi la razza tutta nella sua ontogenesi e filogenesi.

Questo importante problema sociale, specie dal punto di vista degli effetti dannosi sulla maternità, è stato studiato da molti autori italiani e stranieri, e in modo particolare, presso di noi, dal prof. Ferroni nel Congresso di ostetricia sociale del 1919 e dai professori Antonini e Maroy nel Congresso di Eugenetica del 1924 in Milano.

Questi scienziati hanno appunto molto bene messo in vista i danni dovuti all'uso ed all'abuso del vino in confronto a quelli delle altre bevande alcooliche (liquori in genere). Oltre alla differente concentrazione dell'alcool,

c'è da tener conto che le bevande alcooliche ottenute per fermentazione sono assai meno tossiche delle bevande che si ottengono per distillazione, nelle quali passano sostanze volatili ad azione fortemente tossica. Non si possono quindi paragonare i danni derivati dall'uso di liquori con quelli che possono aversi dal vino. Questo, se usato in piccole quantità non può ritenersi dannoso, ma rappresenta anzi un elemento ed un alimento eccellente, capace di fornire una certa quantità di calore ed un eccitante fisiologico di alcune funzioni di nutrizione, tanto da considerarsi indispensabile e necessario per alcune categorie di persone deboli, convalescenti, forti lavoratori e agricoltori. Ciò è dimostrato dall'esperienza di popoli che bevono vino da millenni o bevande fermentate in genere.

Molti autori a riprova che esiste una forte differenza tra i danni del vino e quelli di altre bevande alcooliche, adducono il fatto, che mentre in Italia il consumo del vino è 20 volte superiore a quello del Belgio e della Germania, in Italia invece si ha una mortalità per alcoolismo 20 volte inferiore a quella del Belgio e della Germania (Maroy).

A ciò altri autori obiettano che le statistiche in Italia ad esempio non corrispondono a verità, perchè la denuncia di intossicazione alcoolica non è obbligatoria e così pure quasi mai dai medici viene accusato l'alcoolismo come causa di morte, rappresentando per essi un semplice dato anamnestico e non un preciso fatto anatomo-patalogico. Cioè la diagnosi di morte è sempre stabilita dal sintomo o dall'episodio appariscente finale e non dalla causa, che ha portato quel sintomo o quell'episodio particolare, preludio di morte. Ad ogni modo, prescindendo da questa questione, è certo che ben diversamente vanno le cose, quando si tratti non di uso, ma, di abuso, e, specialmente, se l'abuso sia ripetuto al punto da determinare l'alcoolismo cronico.

Mentre nella intossicazione acuta (ebbrezza) si ha una momentanea esaltazione del senso genesico, nella forma cronica invece si arriva all'abolizione o all'indebolimento di esso.

È noto infatti che negli alcoolisti cronici, uomo o donna, è frequente l'impotenza, che si accompagna a diminuzione di volume ed atrofia dei testicoli (82 %) ed azoospermia (60 %).

Nelle donne poi sono frequenti i disturbi mestruali, in ispecie l'opsomenorrea, il torpore del senso genesico, facile quindi la sterilità. Se poi la donna rimane incinta e l'intossicazione abbia agito sia sulla cellula spermatica, sia sulla cellula uovo, è facile l'aborto o l'interruzione precoce della gravidanza, oppure il feto può nascere vivo, ma muore poco tempo dopo la nascita per debolezza congenita od arresto parziale o totale di sviluppo. Secondo alcuni AA. molte mostruosità fetali avrebbero origine da genitori cronicamente alcoolizzati; si ammette cioè un'influenza teratogena sulle cellule sessuali maschili e femminili (blastoftoria) e forse anche un'influenza sull'embrione in via di sviluppo (embrioftoria).

L'intossicazione alcoolica, poi, sia acuta che cronica, avrebbe uno speciale effetto sul sistema nervoso, sia perchè di struttura più delicata, sia per una speciale affinità chimica. È noto infatti dalle statistiche che il maggior numero di idioti vengono concepiti nelle epoche in cui è più facile l'ubbriachezza (carnevale e vendemmia).

L'idiozia e l'epilessia si riscontrano nel 75 % e 87 % degli eredi alcoolisti (Ferroni).

Ma anche quando l'alcoolismo cronico dei genitori non porti a queste forme più gravi di degenerazione mentale, dà luogo sempre ad un individuo di minor resistenza fisica e per lo più d'insufficiente sviluppo intellettuale. Qualche eccezione conferma la regola! Bethowen era figlio di un alcoolizzato.

In genere l'erede-alcoolista è un individuo pallido, denutrito, od abnormemente grasso, con esagerazione dell'eccitabilità riflessa, impulsivo, melanconico, anormale, psichicamente insensibile, perverso; quasi sempre poi egli è alcoolista a sua volta o ipersensibile all'alcool ed inoltre porta un largo contributo alla prostituzione, all'accattonaggio, alla delinquenza.

Pertanto la lotta contro l'alcoolismo è problema sociale e statale e dev'essere quindi uno dei doveri principali del medico, che per la sua professione ha occasione ogni giorno di constatare gli effetti dannosi dell'alcool sull'individuo e sulla razza. A tal proposito, più specialmente dev'essere impedito l'abuso dell'alcool nell'età infantile e durante le funzioni di maternità e di riproduzione. E' noto infatti che l'alcool passa anche nel latte, ma la quantità massima che vi può passare, secondo Ferroni, non supera i 2 cmc. di alcool assoluto. Ora è provato che questa quantità non provoca alcun effetto dannoso sul lattante sano. Solo quando concorrono altri coefficienti che sensibilizzano il poppante all'azione dell'alcool, questo potrà riuscirgli dannoso. Altra osservazione interessante è che le figlie dei bevitori perdono la capacità all'allattamento e ciò poi diventa definitivo nelle generazioni successive (Bompiani).

Questi fondamentali princìpi sono ammessi da tutti gli eugenisti ed igienisti oramai, senza discussione, benchè dagli enologi e dagli industriali venga gettato l'allarme contro la rovina e la distruzione della ricchezza nazionale.

L'assemblea quindi promossa dalla R. Soc. Italiana d'Igiene (30-10-1923) esprimeva il voto di disposizioni legislative che sanciscono:

1) il principio che l'alcoolismo acuto non

venga in ordine alla responsabilità penale considerata come un attenuante;

2) il disposto che anche per l'alcoolista possa essere autorizzato l'internamento forzato temporaneo a scopo curativo nei manicomi o negli asili di temperanza;

3) il divieto di somministrare bevande alcooliche ai ragazzi al disotto dei 15 anni;

4) il divieto di pagare il settimanale il sabato;

5) il divieto di fabbricazione, di importazione, di commercio e di vendita di tutti gli alcoolici, aventi un tasso superiore al 21 per cento.

A ciò sono da aggiungere voti e domande più restrittive, senza giungere con ciò all'assoluto proibizionismo americano:

1) una limitazione di tutti gli esercizi di vendita, di qualsiasi bevanda alcoolica;

2) una accurata ed assidua vigilanza delle Autorità Sanitarie competenti su tutti gli esercizi;

3) facoltà agli agenti di invitare tutti i sospetti in istato di ubbriachezza o ebbrezza a seguirli in Questura e farli quindi sottoporre a visita sanitaria;

4) obbligo a tutti i consumatori o acquirenti prodotti alcoolici d'essere provvisti di un apposito certificato sanitario;

5) revoca della licenza o autorizzazione a quegli esercenti che abbiano somministrato vino od altre bevande alcooliche a persone sorprese in istato di ubbriachezza o ebbrezza;

6) divieto di tenere nel proprio domicilio bevande alcooliche oltre una certa quantità stabilita dall'Autorità di P. S. e da quella Sanitaria;

7) obbligo agli esercenti di bevande alcooliche con contenuto in alcool superiore al 21 % di tenere un registro aggiornato con l'entrata e l'uscita come si fa per gli stupefacenti;

8) ricovero obbligatorio, sino a guarigione, degli alcoolisti cronici, riconosciuti incapaci di redimersi con i mezzi ordinari e pericolosi per sè e per gli altri (accessi deliranti, dipsomania, ecc.). Ciò avviene già negli Stati Uniti, in Isvizzera ed in Germania, ove la percentuale delle guarigioni sarebbe dal 40 al 60 per cento. Ma purtroppo le correnti contrarie alla nostra lotta sono, come accennammo, ancora violente e numerose.

Il segretario generale della Ass. Naz. Fabbr. liquori ha affermato gravemente che in Italia l'alcoolismo non può esistere e scrive così:

« In Italia, su 40 milioni di abitanti, la pro« duzione media naturale del vino si aggira sui « 38 milioni di ettolitri. Quindi la media nep« pure di un ettolitro di vino per abitante al« l'anno non può portare nocumento alla sa« lute pubblica ».

La produzione di alcool si aggira sui 400.000 ettolitri. Ma di essi 80.000 sono destinati per uso industriale; altro 10 per cento per uso farmacie e profumerie; per cui non restano che circa 200.000 ettolitri di alcool: 65 centilitri all'anno per abitante. Gli inconvenienti, che vengono quindi segnalati, sono esagerazione dei medici e dei direttori dei manicomi che non vedono un palmo al di fuori del loro stabilimento, tanto è vero che quando la Direzione generale della Sanità ha voluto compilare una statistica ha dovuto riconoscere che i casi di morte per alcoolismo sono solo 16 all'anno per ogni milione di abitanti.

In questo modo parlano gli interessati, manovrando le statistiche a loro favore e chiamando pazzi e illusi coloro che si appassionano a combattere la santa lotta contro l'alcoolismo.

Quando si citano i dati sul consumo del vino o dell'alcool per abitante, non si escludono tutte le infinite categorie di vecchi, donne, fanciulli, ammalati, reclusi, astemi, ecc. che non bevono mai nè vino nè liquori!... È facile quindi vedere quale valore abbiano queste citazioni in buona fede! Riguardo poi alla statistica compilata dalla Direzione di Sanità, vorrei interrogare personalmente tutti i medici d'Italia, ancora viventi, per sapere da loro quante volte, durante il loro esercizio, hanno mai denunciato alle autorità competenti i casi di intossicazione alcoolica acuta e cronica, per avere certamente la loro risposta negativa assoluta.

I casi di morte dovuti, poi, ad accertato alcoolismo acuto e cronico, sono pochi, poichè molti, anzi quasi tutti questi soggetti, periscono per altre malattie intercorrenti, le quali costituiscono l'episodio culminante della loro vita, e quindi, come ho già detto, sono considerate, dalla generalità dei medici, la causa diretta della morte.

Occorrerebbe a tal proposito una disposizione che obblighi la denuncia di tutti i casi di alcoolismo acuto e cronico per avere un giudizio generale esatto sul fenomeno in parola.

Non c'è dubbio quindi sul fatto che l'alcoolismo è un male sociale, purtroppo molto diffuso, e quindi deve esso essere senz'altro combattuto. In molti Stati la questione già ha assunto notevole importanza, specialmente per alcune determinate categorie di personale, come ad es. i conducenti di veicoli rapidi, per i quali sono state emanate delle norme molto severe. In Inghilterra e negli Stati Uniti vi sono punizioni speciali per i conducenti, che, in istato di ubbriachezza, cagionano investimenti. La legge Danese proibisce in modo assoluto, a chiunque si trovi in stato di ubbriachezza, di condurre un auto, pena l'ammenda, la prigione e il ritiro della patente.

La nostra legge (R. D. L. 2-12-1928 n. 3079, art. 83) esige che nella visita l'aspirante non

presenti sintomi che lo rivelino dedito all'uso di sostanze alcooliche o di altre sostanze inebrianti e stupefacenti, esclude quelli che sono stati condannati due volte per ubbriachezza (art. 84-89) e prevede il ritiro della patente, quando il conducente risulta dedito all'uso delle bevande alcooliche e di altre sostanze inebrianti e stupefacenti (art. 93-94). Nelle ferrovie italiane per l'ubbriachezza sono previste pene varie, che vanno dalla semplice multa alla revocazione, mentre, poi, gli agenti addetti alla sicurezza dell'esercizio sono sottoposti a visita di revisione, quando risultino dediti all'uso di bevande alcooliche.

In tutti questi casi sarebbe necessario che lo Stato dettasse delle norme precise per arrivare ad una diagnosi sicura sullo stato reale dell'individuo, trattandosi di provvedimenti gravi come la perdita dell'impiego o la prigione, pure salvaguardando la Società dal pericolo rappresentante dagli intossicati alcoolici.

Anche in Francia tutto il personale addetto alle ferrovie dello Stato dovrà d'ora in poi rassegnarsi ad adottare un proibizionismo sugli alcoolici, sia pure parziale; od altrimenti dare le proprie dimissioni e cercarsi un altro lavoro.

Infatti con l'anno presente è stata iniziata da parte del sig. Raoul Dautry un'attivissima campagna proibizionistica, contro quei bevitori che trovansi tra il personale delle ferrovie dello Stato, di cui egli è direttore generale, allo scopo di limitare o diminuire l'uso degli alcoolici tra il personale ferroviario stesso.

Il direttore Dautry ha dichiarato che egli non è stato indotto a fare questa campagna proibizionistica da alcuna idea morale e religiosa, ma soltanto dalla sua profonda convinzione che la maggioranza degli incidenti ferroviari in Francia è dovuta all'abuso che si fa comunemente di vino e liquori tra il personale delle ferrovie.

La decisione presa dal direttore Dautry non vuol dire che tutti gli uomini che fanno parte di quelle ferrovie dovranno rinunciare completamente all'uso del vino, ma invece essi dovranno berne con moderazione soltanto durante i pasti. Vi è invece un proibizionismo assoluto per i liquori, i quali, secondo le più recenti statistiche, sembrano essere stati la causa principale della maggior parte delle disgrazie avvenute sulle ferrovie francesi. Insomma non si cercherà di imporre una astinenza assoluta, ma si osserveranno attentamente e si controlleranno frequentemente le abitudini libatorie di ogni singolo impiegato. Giustamente quindi anche da noi il Desantis invoca dei provvedimenti pratici e più in armonia con l'animo e le abitudini del nostro popolo. Bisogna infondere nelle folle l'idea che il minor consumo del vino non può che favorire il benessere economico delle famiglie, che il vino oltre tutti i danni dimostrati sia a carico dell'individuo, sia a carico della razza, diminuisce la capacità lavorativa e quindi quella del guadagno.

Quanti operai il lunedì non lavorano perchè sono stanchi dell'ubbriachezza domenicale! sono classici a questo proposito i calzolai che il lunedì festeggiano il loro S. Crispino.

In conclusione lo Stato deve organizzare la lotta sociale contro l'alcoolismo, riordinando con un testo unico speciale tutte le questioni riguardanti la materia; le autorità scientifiche, civili e politiche debbono coadiuvare l'opera governativa con una propaganda continua e serrata, con l'educazione del popolo e con la sua profilassi spirituale, sin dalle aule scolastiche elementari e secondarie con conferenze, cinematografie, ecc.

Il dì appunto che vedremo le osterie spopolarsi e i nostri giovani, specie operai e contadini dei piccoli centri affollare con entusiasmo i campi sportivi, nelle loro diverse manifestazioni, i nostri uomini forti e sobri invadere le pianure, le valli, i monti, e tutti infine frequentare con goia le scuole serali e festive, per irrobustire il corpo e lo spirito dopo avere ancora debellato il bacillo di Koch, il potozoo della malaria, il bacillo di Eberth ecc. allora solo rivedremo spuntare l'aurora dell'Italia Nuova, Romana, Imperiale.

15 agosto 1930 - VIII.

DISCUSSIONI IMPORTANTI.

I salicilati nel trattamento della febbre reumatica.

(XIV CONGRESSO NORDICO DI MEDICINA INTERNA. *Acta medica scandinava,* Suppl. XXXIV).

K. MOTZFELDT. — L'introduzione dei salicilati nella terapia della febbre reumatica ha marcato un deciso progresso, sicchè il nuovo trattamento venne accolto con entusiasmo ed i salicilati rimasero il nostro principale rimedio contro tale malattia.

In un primo momento, essi vennero considerati come un vero specifico e Stricker che li introdusse appoggiò tale opinione. Questa rimase a lungo e lo stesso Ehrlich ammise che avessero un'azione antisettica sul virus ignoto causa della malattia. Si è arrivati a stabilire un vero dogma, tanto che alcuni autori ritengono che la diagnosi di febbre reumatica sia dubbia se i salicilati non danno risultati.

Le dottrine attuali, in proposito, tendono ad ammettere che, mediante i salicilati, la durata della malattia è considerevolmente abbreviata, che la convalescenza è più rapida e che sono evitate le ricadute. Il trattamento però deve essere continuato anche quando i sintomi sono scomparsi ed alcuni autori parlano ad-

dirittura di un « trattamento cronico ». Molti aderenti ha anche la somministrazione per via endovenosa.

L'A. si pone il problema se questa dottrina della specificità dei salicilati abbia un qualche fondamento.

Tale dottrina, essenzialmente fondata sulle osservazioni cliniche, è stata vivamente criticata, specialmente nei paesi di lingua inglese. Una delle prime voci discordi è partita dalla Norvegia (l'A. è di Oslo), nel 1879, da Kiönig che trovò come la durata della permanenza dei malati nell'ospedale non fosse diminuita dopo l'introduzione dei salicilati; come medicamento specifico egli aggiunge è già stato giudicato, esso non vale nemmeno come antipiretico e non è capace di prevenire le complicazioni.

Analogamente, altri autori non trovarono differenze fra i pazienti trattati con salicilati e quelli non trattati.

In Germania, specialmente Menzer si oppose a tale terapia, asseverando che i sintomi e le reazioni dell'organismo non vanno soppressi e che questo deve avere la possibilità di produrre i propri anticorpi; i pazienti non trattati con salicilati mostrano minori ricadute.

Per quanto riguarda le *complicazioni cardiache*, quasi tutti concordano nell'affermare che queste non sono state affatto ridotte dopo l'introduzione dei salicilati.

Vediamo quindi, in questo campo, delle opinioni del tutto opposte ed è perciò da ritenersi che in esse abbia gran parte l'elemento subiettivo.

L'A. ritiene che la *reazione di sedimentazione delle emazie* possa costituire un buon elemento di giudizio, in quanto che essa ci dà una misura dell'intensità della malattia ed, al tempo stesso, indica se vi è un'infezione latente dopo una guarigione apparente. Egli non intende discutere il valore di tale sedimentazione nella febbre reumatica, il quale è già stato affermato da altri (Westergren, Kahlmeter, Steenberg), ma soltanto di portare in discussione il valore dei salicilati, quale può giudicarsi dalla detta reazione.

L'A. ha ricercato sistematicamente la sedimentazione delle emazie nei malati di febbre reumatica avuti in 2 anni all'ospedale di Oslo. Si tratta in complesso di 60 casi, nettamente tipici, in cui la febbre si era manifestata poco prima dell'ingresso all'ospedale. Di regola, venne somministrato l'acido acetil-salicilico a dosi di 5 grammi al giorno, la prima settimana e di 3, in seguito.

In qualche caso, si è avuto abbassamento della temperatura e della reazione di sedimentazione, in altri non si ebbe alcun risultato e si ebbero ugualmente ricadute.

L'A. ha usato su larga scala il piramidone e ritiene che esso abbia la stessa azione dei salicilati e sia anzi preferibile perchè produce minore traspirazione.

In complesso, egli conclude quanto segue.

1) L'acido salicilico è un eccellente rimedio sintomatico, ma esso non fa che mascherare la malattia.

2) E' improbabile che tale rimedio abbia una qualsiasi influenza sul decorso della malattia.

3) La parte più importante del trattamento è la degenza in letto, la durata della quale dipende dalla reazione di sedimentazione delle emazie.

Meulengracht. — E' lieto di vedere messa in discussione la questione dei salicilati che sono stati accettati senza critica e con fanatismo tale che essi sono assurti ad un vero dogma. Al pari di Motzfeldt, ha trattato per molti anni molti malati di febbre reumatica con i preparati più svariati, senza vederne diversità di risultati nei sintomi obiettivi, nel processo e nelle sue complicazioni. L'acido salicilico va quindi considerato come privo di qualsiasi specificità.

Gli effetti di esso sono unicamente subbiettivi. Ad ogni modo, sotto tale punto di vista, vi sono delle differenze fra i vari preparati: il pantopon agisce meno favorevolmente sui sintomi subbiettivi, i preparati antineuralgici meglio, e quelli salicilici meglio di tutti.

Il trattamento ora da lui messo in opera è quello all'acido acetilsalicilico a piccole dosi, secondo necessità, cioè a seconda dei dolori avvertiti dal malato.

Holsti. — Ritiene che il trattamento con l'acido salicilico sia indicato anche dal punto di vista teorico. E' un fatto che le ricerche con l'elettrocardiografo nei disturbi di conduzione della cardite reumatica indicano che tale rimedio non è senza effetto sulle lesioni cardiache. E, siccome, da recenti ricerche, sembra possibile che le lesioni cardiache precedano l'artrite, non si può decidere fino a qual punto la terapia salicilica possa prevenire le complicazioni cardiache. Essa non agisce in modo specifico sulla lesione reumatica (corpuscoli di Aschoff), ma sembra che abbia influenza favorevole sui fenomeni essudativi. Sebbene non costituiscano il mezzo ideale di lotta contro l'infezione reumatica, i preparati salicilici conservano il loro posto in terapia e non devono essere eliminati dal nostro arsenale terapeutico senza una buona ragione.

Gram. — Mette in guardia contro l'applicazione della reazione di sedimentazione per giudicare dei miglioramenti delle malattie acute o l'influenza dei rimedi in tali malattie, a meno che non si tratti di periodi piuttosto lunghi; quando si sono stabilite delle alterazioni del sangue, essa aumenta piuttosto lentamente.

Come esempio, può portarsi il fatto che la crisi della polmonite crupale non è accompa-

gnata da una sedimentazione acuta e che dei valori aumentati possono trovarsi dopo che il paziente è migliorato ed è anche alzato.

KAHLMETER. — Anch'egli è del parere che la reazione di sedimentazione non possa essere considerata come espressione immediata del decorso e dell'intensità del processo. Noi siamo ben lungi dal conoscere tutti i fattori che influenzano tale reazione. Uno di essi è indubbiamente l'anemia, cioè il volume delle cellule; ma nei casi in questione l'anemia non è di grado tanto elevato, mentre i valori della reazione di sedimentazione sono tanto alti che il volume delle cellule non può avere un'importanza decisiva.

Indubbiamente, in tutti gli stati infettivi, si hanno alti valori di sedimentazione. P. es., la polmonite complicata con essudato pleurico, dà sempre valori più alti che la sola polmonite. Le curve fornite dal relatore sembrano deporre in favore della tesi che l'acido salicilico non ha effetto specifico sulle alterazioni essudative nella poliartrite acuta. È da ritenersi che in verità l'effetto dell'acido salicilico sia semplicemente sintomatico; spesso esso agisce meglio che altri rimedi, ma le variazioni individuali sono grandissime. In certi casi, il piramidone ha migliori effetti, in altri casi invece l'atofan, in altri infine, una miscela di acido salicilico con atofan o con il piramidone.

JACOBAEUS. — Nel suo ospedale, la reazione della sedimentazione viene largamente praticata nella poliartrite acuta; egli vi annette grande importanza e ritiene che un attacco di artrite acuta non possa essere considerato come spento prima che, oltre alla cessazione dei sintomi clinici, tale reazione sia diventata normale.

L'opinione che i preparati salicilici non siano da considerarsi come specifici può essere giusta e l'A. può anche aderirvi, pur senza ritenere che essi abbiano soltanto un effetto specifico. La sua impressione si è che, mediante essa, si abbia non soltanto un alleviamento dei dolori, ma che si abbia anche un miglioramento nelle alterazioni obbiettive, con diminuzione del processo essudativo e del gonfiore delle articolazioni, come effetto immediato della medicazione salicilica.

EHRSTRÖM. — Mette in rilievo l'effetto dei preparati salicilici nella pleurite, di cui l'eziologia è generalmente tubercolare. Per quanto riguarda l'eziologia della poliartrite, l'A. ammette un punto di vista dualistico. E' spesso difficile il decidere a quale gruppo appartenga un dato caso; ora, se l'acido salicilico ha un effetto analogo in entrambi i casi, non si può ritenere che esso sia un rimedio specifico.

Egli paragona l'effetto dell'acido salicilico nella poliartrite a quello dello ioduro di potassio nella lues, in cui tale rimedio non può considerarsi come etiotropico.

fil.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

I rammollimenti cerebrali.

(H. ROGER. *Gazette des Hôpitaux*, 15 ott. 1930).

Con il termine di rammollimenti cerebrali si designa il complesso di disordini dovuti all'occlusione di un'arteria cerebrale, abitualmente affetta da arterite progressiva.

Si distinguono due specie di rammollimenti. Quello a focolaio, generalmente unico, per lo più dovuto alla trombosi di una branca della Silviana, produce clinicamente emiplegia con o senza afasia. La cerebro-sclerosi lacunare progressiva, costituita da numerose e piccole lacune di disintegrazione cerebrale, diffuse ai due emisferi, dà il quadro della paralisi pseudo-bulbare.

Il focolaio malacico è per lo più superficiale, ed in rapporto all'importanza dell'arteria occlusa può essere piccolo come un pisello o estendersi a tutto un emisfero. All'apertura delle meningi appare come una zona brunastra o giallastra, leggermente depressa, aderente alla pia. Il rammollimento centrale dà alla palpazione l'impressione di fluttuazione.

Al taglio il focolaio è rosso vinoso, con limiti poco netti. È questo il rammollimento rosso, che è preceduto dalla fase di rammollimento bianco caratterizzato da pallore della sostanza bianca con edema della circonvoluzione. Al rosso segue il rammollimento giallo, che quando è localizzato alla superficie ha l'aspetto di una placca giallastra a contorni netti ricoperta dalle meningi inspessite. Quando è centrale è costituita da una cavità anfrattuosa contenente un liquido simile al latte di calce.

Nel rammollimento da arteriosclerosi della silviana si ha il seguente decorso clinico: formicolio all'arto superiore, seguito da intorpidimento e quindi da paralisi che si estende successivamente all'arto inferiore. Tutto ciò in 24-48 ore.

Quando l'emiplegia è completa e totale la paralisi dell'arto inferiore retrocede parzialmente e permane quella dell'arto superiore. È flaccida inizialmente, ma dopo 15-20 giorni diventa spastica con accentuazione dei riflessi.

Spesso si associano fatti di irritazione corticale (convulsioni localizzate e di breve durata che possono raggrupparsi e dare uno stato di male jacksoniano).

Si possono avere disestesie, ed emianestesia che regrediscono più rapidamente della paralisi. Si può avere anche afasia motoria ed emianopsia.

L'intelligenza raramente è rispettata: si può avere indebolimento della memoria, difficoltà dell'attenzione, alterazione del carattere, irritabilità, facile emotività, ipocondriasi.

Il liquido cefalo-rachidiano è generalmente normale, talvolta presenta i segni dell'irritazione meningea intensa.

Oltre a questa forma rapidamente progressiva, se ne possono avere acute, lente, recidivanti e latenti.

Nella forma acuta si ha l'ictus apoplettico. Il coma può provocare la morte in uno due giorni, o prolungarsi causando la morte per complicazioni (congestione delle basi, pulmoniti da deglutizione, decubiti). Altre volte il periodo apoplettico passa ma il paziente soccombe allo stato di marasma (cachessia nervosa). Può ancora avvenire che il coma passi e permanga l'emiplegia totale oppure che tutto si riduca ad una crisi vertiginosa seguìta da emiparesi che regredisce più o meno completamente.

Nella forma lentamente progressiva si hanno episodi di paresi, di disestesia brachiale ed anche di afasia che durano qualche minuto o anche un giorno. A un certo momento questi fenomeni disestesici permangono più a lungo e sono seguiti da paralisi dell'arto superiore e quindi di quello inferiore.

Questi fenomeni procedono a crisi, con periodi di miglioramento e d'aggravamento ai quali ultimi corrispondono spesso crisi di epilessia jacksoniana.

Il più delle volte in seguito ad ictus successivi o gradatamente sopravviene un coma che si aggrava fino alla morte.

Talvolta ad un primo focolaio di rammollimento cerebrale se ne possono avere altri sia per trombosi dello stesso territorio vascolare sia dei territori vicini, si ha così la forma recidivante.

Alcune necrobiosi cerebrali poco estese possono rimanere inavvertite ed essere svelate solo ad un esame neurologico completo (piccoli segni d'emiparesi o di emianopsia ignorati dall'infermo) o essere scoverti solo all'autopsia: sono queste le forme latenti.

Il *rammollimento dipendente da trombosi dei rami superficiali e profondi, ossia dell'intera silviana*, da un'emiplegia completa con emianestesia, emianopsia ed afasia totale.

È poco compatibile con la vita.

Il *rammollimento da trombosi dei rami profondi della silviana,* dà un'emiplegia banale senza disturbi sensitivi e senza emianopsia. Può esservi o no afasia a seconda che è leso l'emisfero sinistro o il destro.

Il *rammollimento da trombosi dei rami superficiali della silviana* dà emiplegia prevalentemente brachiale, con astereognosia, con o senza afasia, e senza emianopsia.

La localizzazione dei disturbi dell'arto superiore si spiega con l'integrità dei centri corticali dell'arto inferiore tributari della cerebrale anteriore.

Nei *rammollimenti silviani superficiali* la trombosi può limitarsi alle branche *anteriori* o a quelle *posteriori*.

Nei tipo *anteriore* è notevole quello dell'*arteria prerolandica*, che lede l'opercolo rolandico ed il piede della seconda frontale: quando è bilaterale si ha una curiosa paralisi faciolinguo-masticatoria che ricorda la paralisi bulbare ma senza fibrillazioni ed atrofia.

La trombosi dell'*arteria parietale* anteriore lede la parte anteriore del lobo parietale dando una sindrome sensitivo corticale o parietale (ipoestesia sopra tutto brachiale spesso a distribuzione radicolare, lieve incoordinazione e movimenti coreiformi senza grandi deficit motori e senza emianopsia).

Il tipo *posteriore* dà lesione del lobo parietale, della plica curva, delle due prime circonvoluzioni temporali e alla parte anterosuperiore del lobo occipitale. Clinicamente dà: emianopsia, afasia di Wernicke e aprassia ideomotoria e ideatoria.

La *cerebrale posteriore* nata dalla biforcazione della vertebrale ha un territorio meno esteso ma più importante della silviana. Irriga la maggior parte dei lobi temporale ed occipitale, in particolare il cuneo, la metà posteriore del talamo ottico, la regione sottoottica (nella quale passano il fascio piramidale, il fascio sensitivo, la via cerebellare del fascio cerebellare superiore), i corpi genicolati, la bandelletta ottica, il tubercolo quadrigemino, il corpo di Luys ed il *locus niger*.

A seconda della localizzazione dell'arterite la sindrome dell'arteria cerebrale posteriore si manifesta con emianopsia, associata o non ad alessia, con la sindrome talamica completa o dissociata (dolori continui con crisi parossistiche, emianestesie, contratture varie, coreoatetosi e disturbi della coordinazione), sia con associazione delle due sindromi. Può anche dare una sindrome peduncolare (sindrome cerebello-piramidale e paralisi del III), o una delle sindromi del nucleo rosso (sindrome inferiore con emiplegia cerebellare e paralisi del III, sindrome superiore con emiasinergia e tremore intenzionale ricordante quello della sclerosi a placche).

La *cerebrale anteriore* derivante, come la silviana, dalla carotide interna decorre sulla faccia interna del cervello, contorna il ginocchio del corpo calloso e termina sul bordo convesso del cervello sul lobulo paracentrale. Irriga il corpo calloso, gran parte del lobo frontale ed il lobulo paracentrale. La sua trombosi provoca monoplegia crurale prevalente al piede, con o senza paresi discreta dell'arto superiore, e se è compromesso il corpo calloso aprassia unilaterale sinistra.

La trombosi della *coroidea anteriore* dà emiplegia massiva con prevalenza all'arto inferiore, con emianestesia moderata, emianopsia, senza afasia.

La *cerebellare superiore* irriga la parte superiore dell'emisfero cerebellare (donde un'emisindrome cerebellare omolaterale), il peduncolo cerebellare superiore (movimenti invo-

lontari) e la calotta protuberanziale (emianestesia crociata a tipo siringomielico).

La trombosi dell'arteria *cerebellare posteriore* ed *inferiore*, o secondo alcuni autori, la trombosi dell'*arteria laterale del bulbo superiore* provoca un rammollimento laterale della parte superiore del bulbo. La lesione dei nuclei del IX, X e XI, del simpatico, dei fasci cerebellari e delle vie sensitive dà clinicamente una sindrome alterna: paralisi palato-faringo-laringea, sindrome di Claude-Bernard-Horner e lateropulsione dal lato della lesione, emianestesia, tipo siringomielico dal lato opposto.

Negli individui anziani i rammollimenti sono determinati da fatti trombotici legati al processo arteriosclerotico. Nei giovani i rammollimenti sono legati a trombosi da processi arteritici luetici o ad embolia.

I rammollimenti cerebrali d'origine sifilitica compaiono di solito in un periodo precoce dell'infezione e si manifestano in alcuni casi bruscamente con emiplegia completa, ma il più delle volte con disestesie ed emiparesi lentamente progressiva e che rimane a lungo flaccida. Curata energicamente all'inizio può retrocedere senza lasciare traccie. Una delle sue principali caratteristiche è la coesistenza di cefalea più intensa alla notte, localizzata al lato opposto dell'emiplegia.

Oltre a questi casi di arterite sifilitica subacuta occorre ricordare quelli di arterite cerebrale acuta da infezioni (tifo, pulmonite, difterite, melitense), da intossicazioni (ossido di carbonio), nonchè le trombosi cerebrali da malattie del sangue (leucemia o eritremia).

Il rammollimento cerebrale d'origine embolica complica le endocarditi e più raramente le aortiti. Ha un inizio brusco: ictus con perdita di conoscenza di qualche ora. L'emiplegia spesso retrocede all'arto inferiore e si fissa a quello superiore con forte contrattura.

Il focolaio di rammollimento in ogni caso è dovuto all'ischemia d'un territorio cerebrale tributario dell'arteria trombosata. La disposizione quasi terminale delle arterie cerebrali spiega il difetto di supplenza vasale e la necrobiosi.

Ma spesso l'occlusione arteriosa non è completa ed allora per spiegare l'arresto della circolazione in un'arteria lesa da molto tempo bisogna fare intervenire altri fattori accessori o occasionali: 1) lo spasmo vasale che si aggiunge all'endoarterite o all'embolia e blocca il territorio arterioso; 2) la caduta più o meno rapida della pressione arteriosa in seguito, ad esempio, a salasso abbondante; 3) disturbi della coagulazione e l'iperviscosità del sangue.

Da tali dati fisiopatologici si deducono le indicazioni terapeutiche del rammollimento.

In un vecchio colpito dall'ictus non si praticherà il salasso se non quando esiste forte ipertensione.

In genere sarà sufficiente il sanguisugio alla regione mastoidea, che agisce non solo come decongestionante ma anche come anticoagulante. Si farà la rivulsione a distanza con clisteri salini ed applicazioni di senapismi agli arti inferiori. Per combattere l'insufficienza cardiaca si adopererà la digitale.

Nei soggetti giovani converrà adoperare subito l'armamentario antisifilitico.

Dopo l'ictus conviene: 1) calmare lo spasmo arterioso con gli antispasmodici (benzoato di benzile) e con i vasodilatatori (trimitrina, acetilcolina); 2) diminuire la coagulabilità del sangue con il citrato di soda (10 grammi al giorno); 3) agire contro l'arteriosclerosi con gli ioduri.

Queste diverse cure saranno alternate o integrate con i tonicardici ed i diuretici (strofanto, teobromina, scilla). Dr.

Equilibrio vago-simpatico ed equilibrio acido-basico.

(G. Drouet. *Journ. Méd. d. Paris*, 6 nov. 1930).

I rapporti che esistono tra l'equilibrio acido-basico degli umori, e l'equilibrio vago-simpatico del sistema nervoso autonomo sono ancora poco noti; qualche raro accenno si trova nella letteratura, e molto c'è ancora da chiarire.

Sull'influenza che ha l'equilibrio acido-basico sul calibro dei capillari e delle arterie sappiamo che sui vasi isolati i liquidi fortemente acidi o fortemente alcalini producono una vasocostrizione.

Se però le oscillazioni di quest'equilibrio si mantengono nei limiti fisiologici, si osserva che l'abbassamento del pH produce una vasodilatazione, che è in rapporto con il grado di acidità. Questa vasodilatazione è di natura vagotonica.

È noto che gli chocs, di qualsiasi natura siano, producono una intensa acidosi, con un pH fino a 6, 8; in tali casi si nota una intensa vasodilatazione dei capillari della pelle, dei visceri toraco-addominali, cioè una intensa vagotonia vascolare; quindi acidosi e vagotonia vanno di pari passo.

È noto da recenti ricerche che gli attacchi epilettici si accompagnano ad un'alcalosi intensa, fino a raggiungere un pH=7,70; ora è stato anche osservato che durante le crisi epilettiche si ha ischemia encefalica, dovuta ad una intensa vaso-costrizione delle arterie del cervello; si ha quindi una simpaticotonia vascolare, che non è limitata alle sole arterie del cervello, ma si estende anche alle altre arterie del corpo.

La stessa causa si può invocare per l'emicrania oftalmica, caratterizzata da uno spasmo arterioso e da alcalosi.

Le recenti ricerche hanno riscontrato negli ansiosi un'alcalosi sanguigna ed urinaria; ora è noto che l'ansietà è considerata come una manifestazione di simpaticotonia.

Da queste rapide osservazioni si deduce che l'alcalosi si accompagna ad elevazione del tono simpatico e vasocostrizione, l'acidosi ad aumento del tono vasale e vasodilatazione.

Queste ipotesi che possono anche essere giuste, devono però avere il conforto di una conferma sperimentale, senza la quale non possono essere considerate come fatti e correlazioni sicure per un criterio clinico.

L. CARUSI.

Porfiria familiare con sintomi polinevritici.

(F. MICHELI e G. DOMINICI. *Minerva Medica*, 6 ottobre 1930).

Di tutte le porfirine conosciute quelle che entrano in azione nel campo morboso della porfiria sono la copro-P. e la uro-P. le quali già normalmente vengono prodotte dall'organismo mediante processi di sintesi autonoma e indipendente. La copro-P. si elimina nell'individuo sano per le urine e con le feci, ma è stata dimostrata anche nel siero di sangue. La uro-P. si elimina solo in tracce lievissime con le urine. Le due porfirine si possono distinguere per una serie di dati fisico-chimici fra di loro e dalle altre porfirine eventualmente presenti.

Gli AA., sulla base di osservazioni proprie e di altre riferite nella letteratura, propongono una classificazione delle malattie porfiriche che risponde bene alla realtà dei fatti clinici e fisio-patologici, separando cioè: 1) una porfiria idiopatica, a sua volta distinta in: a) una forma a sintomatologia addominale (dolori colici, vomito, stitichezza, nausea, ecc.); b) una forma a sintomatologia nervosa (caratterizzata da fatti psichici: nervosismo, irritabilità, insonnia, inquietudine, delirio, ecc., sensitivi, in genere rari: parestesie e dolori, o motori: paralisi di nervi singoli o multipli, o a tipo Landry); c) una forma cutanea (contraddistinta da ipersensibilità alla luce sotto forma di hydroa aestivale e relative conseguenze, di edema del sottocutaneo, dermatite solare, emorragie cutanee, iperpigmentazione, ecc.); 2) una porfiria tossica in cui la sindrome o le sindromi (che sono le stesse, addominale, nervosa, cutanea, che si riscontrano nella varietà idiopatica) si sviluppano in dipendenza di un intossicazione vera e dimostrata quale il sulfonal, il trional, il luminal, il piombo, ecc., o di malattie infettive quali ad es. il tifo.

Le varie sindromi possono presentarsi isolate, ma assai più spesso si associano intrecciandosi variamente. Così classificate le malattie da porfirina, esse non esprimono che modalità di estrinsecazione — in rapporto a qualità individuali del tutto ignote — di un unico stato morboso, del quale l'anomalia del ricambio costituisce la condizione necessaria; queste manifestazioni hanno tutte quale espressione unica e comune l'abnorme produzione e l'abnorme eliminazione di porfirina con le feci e con le urine. È assai probabile che il campo della porfiria idiopatica debba col tempo ridursi, non appena cioè siano noti i fattori che nei singoli casi entrano in azione ad alterare il metabolismo porfirico.

Riguardo alla patogenesi dei singoli fenomeni, le coliche addominali sono dovute a spasmi dell'intestino, a preferenza localizzati nella porzione iniziale del digiuno; i fenomeni nervosi hanno quale reperto anatomico lesioni degenerative delle cellule delle corna anteriori, delle cellule dei gangli spinali e dei nervi periferici; i fenomeni cutanei sono dovuti alla presenza nei tegumenti della sostanza porfirica.

Circa la patogenesi generale della porfiria è probabile che si tratti di un'anomalia primitiva del ricambio pigmentario con abnormi processi di sintesi autonoma delle porfirine (copro- e uro-porfirina) eccedenti, per oscure ragioni, i limiti normali.

Per la diagnosi ha importanza il fatto che le forme decorrenti con sintomatologia addominale e nervosa possono passare non riconosciute e le prime possano venire scambiate con varie affezioni chirurgiche dell'addome. Elemento essenziale per la diagnosi è l'eliminazione di urine scure, color vino di Porto, che macchiano in roseo la biancheria. Le urine in sottile strato danno fluorescenza rossa e sono variamente ricche di porfirine (copro- e uro-porfirina). Anche le feci contengono molta porfirina (copro-P.) e P. è pure dimostrabile nel liquido duodenale e nel siero di sangue. L'eliminazione abnorme di P. con le orine può essere intermittente e può anche farsi sotto forma di prodotti scolorati (leucoporfirina), cosicchè non sempre l'orina è scura appena emessa. Per la diagnosi necessita un preciso esame spettroscopico o l'esame spettrofluorescente.

Per la terapia, a parte l'impiego di calmanti per lenire i dolori, si raccomanda un'accurata pulizia dell'intestino, la somministrazione di bicarbonato di soda, di diuretici (iniezioni endovenose di urotropina) e inoltre il calcio e il rame che attenuano l'azione tossica delle porfirine. Nelle forme con ipersensibilità cutanea spiccata bisogna evitare l'esposizione alla luce intensa, o proteggersi da essa. Nella porfiria tossica va allontanato l'agente nocivo (sulfonal, trional, veronal, ecc.).

C. TOSCANO.

ARTICOLAZIONI.

Epicondilite dell'omero.

(HAUSSON e HORWICH. *The Journ. of the American Medical Association*, 17 maggio 1930).

Fra le malattie umane sono specialmente interessanti quelle che l'uomo si produce da sè, specialmente perchè, essendone chiaramente nota la causa, come per le malattie professionali, la cura è più facile. Però una notevole eccezione a questo asserto è l'epicondilite dell'omero, meglio nota come gomito da tennis.

Essa porta anche il nome di epicondilalgia e di borsite medioomerale ed è stata studiata fin dal 1896 dal Bernhardt in un lavoro su una poco nota nevralgia professionale.

L'epicondilite omerale è un'entità clinica ben definita con dolore netto e iperestesia dolorosa attorno al gomito, che compare dopo un grande sforzo muscolare o dopo un lavoro continuo come si fa in certi giuochi (tennis, polo, football, squash) o in certe occupazioni (stiratura, scrittura a macchina, lavori di muratura, di carpenteria e di pittura). Spesso il dolore è localizzato attorno al gomito e si estende in basso lungo gli estensori del polso e delle dita. Esso aumenta nella pronazione. Una sensazione di debolezza dolorosa può obbligare il paziente a lasciar cadere dalla mano un coltello o un bicchier d'acqua. Egli inoltre spesso è incapace di sollevare una sedia leggera prendendola dallo schienale colla faccia volare della mano volta verso il pavimento quando il gomito è esteso e l'avambraccio in pronazione col polso flesso. Si può localizzare la lesione facendo estendere il polso del paziente contro la resistenza della mano dell'osservatore. La motilità passiva del gomito, dell'avambraccio e della mano è possibile e indolente, come pure il movimento attivo dei flessori quando l'avambraccio è in supinazione.

La dolorabilità è localizzata sull'epicondilo esterno e sui muscoli estensori del polso e delle dita. Le radiografie in posizione anteroposteriore e laterale sono negative, sebbene alcuni autori tedeschi abbiano dimostrato radiograficamente una periostite.

Questo è il quadro osservato dagli AA. nello studio di 74 casi. Essi fecero anche un'inchiesta in proposito fra giuocatori di tennis, concorrenti a Wimbledon e alla Coppa Davis.

Uno di essi trovava sollievo efficace sebbene temporaneo applicando una fasciatura stretta con cerotto adesivo attorno all'avambraccio o proprio al disopra del gomito. Questo stesso giuocatore ritiene che, dopo un certo tempo, l'inabilità diventa più psichica che fisica.

Teorie patogenetiche: Secondo Preiser si tratterebbe di un'artrite dell'articolazione radio-omerale; però sappiamo che l'artrite dà limitazione della motilità, dolore nei movimenti passivi, crepitazione, tumefazione ed è riconoscibile radiologicamente. Bähr pensò ad una borsite radioomerale e pensò alla possibilità di una periostite. Bergmann dimostrò radiograficamente un ispessimento periostale dell'epicondilo esterno e immagini radiologiche positive diedero Ficher, Becher e Tavernier. Frank emise l'ipotesi di periostite postinfluenzale, ma in nessuno dei casi degli AA. c'era influenza o altra infezione del genere. Secondo Cones si avrebbe lacerazione delle inserzioni muscolari all'epicondilo esterno.

Nel 1921 Osgood riferì due casi di guarigione dopo estirpazione della borsa radio-omerale e questa teoria dell'Osgood è la più accettata in America. Essa non fu ammessa dall'Hohmann, che nel 1926 parlò di avulsione periostale con lacerazione muscolare. Il lavoro degli AA. fu iniziato prima della pubblicazione dell'Hohmann e i loro risultati sono molto simili, poichè essi pensano che si tratti di frattura periostale con miofascite dei muscoli estensori che partono dall'epicondilo.

Anatomia e fisiologia. In base alle nozioni anatomiche, nella supinazione dell'avambraccio la testa del radio agisce come un fulcro di una leva di primo grado col braccio di leva più corto che va dalla testa del radio all'epicondilo. Certamente i flessori e gli adduttori sono più sviluppati degli estensori e abduttori e questo spiega la posizione degli arti nelle emiplegie cerebrali. Filogeneticamente possiamo dire che l'epicondilo esterno dell'omero dà origine a muscoli più giovani e quindi meno resistenti, per cui più facilmente si ammalano (lo stesso si può dire per la miosite deltoidea, quella del trapezio, quella dei muscoli lombari e del gluteo medio). Da esperimenti fatti dagli AA. risulta che il punto di minor resistenza del muscolo non è il muscolo stesso, ma la sua inserzione sullo scheletro e, dopo parecchie osservazioni negative, trovarono un caso in cui radiologicamente c'era un'ombra sull'epicondilo esterno che poteva far pensare ad un'avulsione periostea.

Per la diagnosi, i sintomi sono chiari. C'è però da distinguere l'epicondilite acuta dalla cronica. La forma acuta origina per lo più da uno o diversi rapidi stiramenti dei muscoli dell'epicondilo esterno.

Invece la forma cronica è una malattia professionale. La diagnosi differenziale si deve fare coll'artrite, colla neurite e col crampo degli scrivani.

La cura consigliata dagli AA. è quella del riposo fisiologico, cioè mobilizzazione dei muscoli che si originano dall'epicondilo esterno e applicano un apparecchio, di cui riportano una figura, che impedisce la pronazione e la supinazione e mantiene rilasciati gli estensori mentre la flessione della mano non è impedita.

A questa cura essi aggiungono nelle forme

acute applicazione di calore secco (diatermia, a 900 milliampères, per 30', a giorni alterni con un elettrode sulla metà superiore dei muscoli estensori e l'altro su tutta la superficie flessoria dell'avambraccio), mentre per le forme croniche usano una corrente statica.

R. LUSENA.

Sulla plastica dei legamenti crociati del ginocchio.

(JAROSCHY. *Bruns Beit. z. klin. Chir.*, 147, 2, p. 233).

Dopo i primi casi descritti da Gotjes nel 1913, l'interesse per le lesioni dei legamenti crociati si va accrescendo. I punti posti allo studio sono: il meccanismo della rottura, la diagnosi differenziale della rottura isolata da altre rotture di legamenti della articolazione del ginocchio, il trattamento operativo. Sono stati consigliati vari metodi plastici da Grekow, Smith, Groves, ecc., utilizzando lembi peduncolati o liberi di fascia, o il tendine del semitendinoso e del gracile (Groves). Matti per il leg. crociato anteriore ha trapiantato un pezzo di fascia estra-articolare e l'A. ha trattato due casi con pezzi di fascia liberi. Nel primo caso si trattava di un uomo di 29 anni che aveva ricevuto un trauma diretto al ginocchio e che mostrava i segni radiografici di sublussazione e di artrite deformante ed il sintoma del tiretto. Aperta l'articolazione con taglio ad S mediale trovò il menisco mediale alterato e lo asportò, ed il legamento crociato anteriore mancante. Come nei casi di Groves praticò un foro nel condilo esterno del femore in modo che questo corrispondeva sul punto di attacco del legamento crociato anteriore sulla tibia e vi fece passare una striscia di fascia lata lunga 20 cm. e larga 2 cm. e mezzo suturandola agli estremi. L'arto fu posto in apparecchio gessato con un angolo al ginocchio di 145°.

Al 14° giorno cominciarono i movimenti in letto, e dopo un mese i movimenti attivi. Al 5° mese l'infermo potè riprendere il suo lavoro di fabbro che comporta una stazione eretta per tutto il giorno. Certo che se l'operazione fosse stata fatta prima non si sarebbero stabilite le deformità articolari. Il sintoma del movimento del tiretto era completamente scomparso. Solo in un caso di Smith si è avuta la completa scomparsa del sintoma del tiretto mentre in altri due si è avuto un miglioramento. Groves riferisce che dei suoi 14 casi, 4 poterono fare il servizio militare. È da preferire per l'intervento il taglio mediale ad S e per il legamento l'uso della striscia di fascia libera.

Nel secondo caso si trattava di una lesione recente del leg. crociato posteriore in un uomo di 37 anni che aveva urtato su una banchina e fu subito ricoverato nella Clinica chirurgica di Praga, diretta da Schloffer.

Passato il periodo di dolore si notò che la gamba era, rispetto alla coscia, spostata in dietro e in un tratto con posizione arcuata. Mancava il segno del tiretto in avanti ma si vedeva più accentuata la rotazione esterna della gamba.

L'A. l'operò un mese dopo del trauma con taglio mediale ad S. Trovò il legamento crociato posteriore rotto con un frammento del capo femorale e lo sostituì con un lembo di fascia lata lungo 20 e largo 2 cm. che infilò in un foro praticato obliquamente nel condilo interno del femore.

L'inf. uscì dalla Clinica dopo 45 giorni in buone condizioni, tanto che poi ha ripreso il suo lavoro di muratore.

La rottura del leg. crociato post. è più rara dell'anteriore, tanto che il Groves su 14 casi l'ha trovato in 2 e in 2 la rottura doppia. In essi è stata usata la plastica con i tendini del semitendinoso e del gracile. Certo che la plastica del leg. posteriore è più difficile di quella dell'anteriore.

R. BRANCATI.

Ulteriori informazioni sul taglio fisiologico per l'apertura del ginocchio.

(ERKES. *Bruns Beit. z. klin. Chir.*, 147. 2).

Dal trattamento consecutivo di una serie di aperture del ginocchio (alterazioni dei menischi, corpi liberi, sinoviti) con il taglio ad S di Payr, col taglio parallelo lungo, col taglio trasversale di Barker era strano che il ritorno del completo incurvamento era molto ritardato da dolori e dal decadimento funzionale del ginocchio ad onta dei massaggi e applicazioni calde. Le ricerche consecutive di questi casi da 1/2 a 4 anni dopo l'operazione concordavano con i risultati di Kroiss-Schloffer, Mandl ed altri.

Lo stato dell'articolazione era in tutti senza paragone migliore che prima dell'operazione, e uomini dello sport poterono riprendere il loro ufficio senza alterazioni. Ma ricerche ulteriori diedero nella maggior parte certe alterazioni, come ipoestesie e parestesie, dolori puntori intorno alla rotula.

Un taglio fisiologico per aprire l'art. del ginocchio deve essere retto dalle seguenti caratteristiche:

I. che il taglio deve interrompere i tessuti secondo la direzione delle loro pieghe;

II. il taglio della pelle dell'aponevrosi e della capsula deve possibilmente non giacere nello stesso piano;

III. devono essere evitati o possibilmente poco danneggiati i nervi, grossi vasi e muscoli;

IV. il taglio deve dare una sufficiente luce nell'articolazione.

Quanto tutto ciò sia difficile lo dimostra il grande numero di tagli per aprire l'artico-

lazione del ginocchio, che giunge a 13 metodi.

Quello pararotuleo di Allingham, il taglio trasversale di Barker, il taglio longitudinale della rotula secondo Babitzki, il taglio trasversale con sega secondo Bell-Walsham, il taglio di Bockenheimer arcuato dalla tuberosità tibiale al condilo mediale aprendo l'aponevrosi e la capsula in senso trasversale, che rappresenta fra tutti il metodo più fisiologico; il taglio di Herz lungo 6-8 cm. orizzontale, 1 cm. distalmente dalla linea articolare; il taglio di Kirschner con interruzione trasversale dell'apparato legamentoso con ablazione temporanea della tuberosità tibiale; il metodo di Schmerz che interrompe plasticamente il legamento rotuleo; il taglio di Katzenstein che unisce quello pararotuleo con quello trasversale di Barker; il taglio secondo Klapp che è metà del taglio arcuato; il taglio ad S di Payr che comincia al disopra della rotula e va alla tuberosità tibiale tagliando pelle, aponevrosi e capsula in un piano e il vasto alla sua inserzione col tendine; il taglio di Schloffer longitudinale avanti e dietro il legamento laterale; lo spaccamento frontale della rotula secondo Spitzy, e finalmente il taglio di Filho (Rio del Janeiro) che consiste nella incisione ad U della pelle con base prossimale sopra l'articolazione che deve comprendere solo pelle e sottocutaneo e apice distale nella tuberosità tibiale; un taglio ai due lati della rotula ad arco convergente interessando l'aponevrosi. Così viene lussata la rotula da un lato e su essa all'estremità con una sega fina si pratica un taglio con convessità superiore risultando nell'insieme un taglio a Ω così che rimane ben visibile tutta l'articolazione. Dopo l'operazione vengono ripristinati i rapporti dei tessuti.

Questo ultimo metodo sarebbe il più antifisiologico.

L'A. ha fatto numerose ricerche su cadaveri con un metodo che ha enunciato al Congresso di ortopedia di 3 anni fa, e che poi ha applicato in pazienti. In tutto ha operato 17 casi. Il taglio della pelle comincia dalla tuberosità della tibia ad arco e va fino a 3 dita trasverse sopra il condilo mediale seguendo così la direzione della piega della pelle. Viene preparato alquanto il margine laterale della ferita e compaiono in alto sotto l'aponevrosi i fasci muscolari del vasto interno diretto da sopra e internamente verso il basso e all'esterno. Un taglio dell'aponevrosi lungo il margine lo rende libero e può essere spostato da un divaricatore profondo. Quindi viene praticato un taglio arcuato dell'aponevrosi a cominciare dal margine del muscolo vasto mediale fino alla tuberosità tibiale, e quindi compare la capsula sinoviale che viene tagliata vicino alla rotula aprendo anche il recesso soprarotuleo. Così spostando lateralmente il vasto si può vedere il condilo mediale, la fossa intercondiloidea e la parte mediale della tuberosità della tibia e stirando fortemente in modo da lussare la rotula esternamente si vede la parte laterale dell'articolazione.

Le tre incisioni non capitano sullo stesso piano, e quando vengono tolte le suture rimangono quella cutanea più interna, quella aponevrotica più esternamente e quella sinoviale ancora all'esterno di quest'ultima.

In tali casi operati, per lo più per lesioni dei menischi, ha avuto ottimi risultati, sia immediati che definitivi. In un caso ha potuto con questo taglio asportare ambedue i menischi rotti ed un pezzo di cartilagine mobile quanto un pisello. Tutti guarirono *per primam* e senza alcun disturbo.

Un caso presentò in seguito dolori causati da un nodulo di legatura che venne asportato portando la guarigione completa.

Questo taglio sembra più fisiologico degli altri perchè permette bene la funzione, perchè è un taglio relativamente corto e perchè le suture dei vari strati non corrispondono in un medesimo piano, inoltre non viene intaccato il vasto interno e si può mettere allo scoperto tutta l'articolazione.

R. BRANCATI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

TH. BRUGSCH. *Lehrbuch der inneren Medizin.* Vol. I, in-8°, di pagg. 862, con 181 figg. e 18 tav. colorate. - Urban e Schwarzenberg, Berlin, 1930.

Questo trattato di medicina interna che ci dà Brugsch, di cui è ben nota, fra l'altro, l'opera sui metodi clinici di esame, è da considerarsi non soltanto come l'esposizione ordinata delle conoscenze e delle nozioni scientifiche della medicina, ma anche e soprattutto come l'impostazione dei problemi della medicina, in modo da fornire al lettore quell'indirizzo che lo rende poi capace di elaborare la materia per trarne il *sapere* medico.

Il punto di vista basato sull'intuizione, egli dice, è errato fino a che il sapere o l'arte medica non sono fondati sulla scienza, la quale non consta soltanto delle singole cognizioni, ma della piena comprensione dei problemi medici, da cui rampollano la capacità e l'arte del medico.

Esposti così, nell'introduzione, i principî generali che informano l'opera, l'A. tratta la terapia generale (dietetica, medicamentosa, idroterapia, ecc.). Accenna poi alla dottrina della costituzione, che fa capolino in altre parti del libro, ed ai disturbi dell'accrescimento.

Passa poi alle singole malattie: delle ghiandole endocrine, della nutrizione, infettive, del

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

cuore, dei vasi e del sangue. Non è possibile addentrarsi nella disamina delle singole parti, tutte trattate con magistrale chiarezza. Segnaliamo, fra l'altro, il vasto capitolo (circa 220 pagine) dedicato alle malattie del cuore e dei vasi, in cui sono ottimamente esposti tutti i problemi della cardiopatologia, con figure, schemi e tabelle di grande utilità per lo studente e per il medico. *fil.*

G. e F. KLEMPERER. *Neue Deutsche Klinik.* Vol. V. In-8° di 788 pagg., rilegato, con 187 figg. e 2 tav. Urban e Schwarzenberg, Berlin e Wien, 1930.

Questo quinto volume della pregevole raccolta di monografie non è dissimile dagli altri, che abbiamo già recensito, per l'importanza degli argomenti, per il modo con cui sono trattati, per l'accuratezza dell'edizione.

Segnaliamo, fra la trentina di monografie che compongono il volume, oltre a quella amplissima di H. VEIL sulle *malattie del miocardio e dei nervi cardiaci*, quelle di G. KLEMPERER sulla *omeopatia*, di G. HAUFF sull'*idroterapia*, di J. H. SCHULTZ sull'*ipnosi*, di K. HANSEN sull'*isteria, neurastenia*, di FÜRBRINGEN sull'*impotenza*, di W. ORTNER sull'*influenza*, di E. HAASE e J. ZAPPERT sulla *paralisi infantile* (*cerebrale e spinale*), di ST. ENGEL sulla *tubercolosi infantile*, di O. STARKER sulle *affezioni del ginocchio*, di TH. BRUGSCH sulle *costituzioni*, di F. HARTMANN e E. HOFMANN sulla *cefalea*, di A. JOSEPH sulla *cosmetica*, di F. BLUMENTHAL sul *cancro*, ecc.

Allegato al volume si trova un indice alfabetico-analitico per tutti i cinque volumi pubblicati. A. P.

Medizinische Seminar. Vol. III, in-8°, rilegato, di pag. 392. J. Springer ed. Berlin, 1930. Prezzo RM. 13,50.

Abbiamo già data notizia dei due precedenti volumi di questa raccolta. La genesi ne è nota. Nelle riunioni del Collegio medico di Vienna, qualcuno dei presenti pone un quesito particolare, su un argomento pratico che lo interessa. E le domande incalzano: come va trattato il prurito? In quale occasione il medico deve porre la diagnosi di ileo? Come si ottiene l'immunizzazione antidifterica? Quali sono le malattie chirurgiche più frequenti e pericolose nei bambini? A che fa pensare un tumore di milza? Quali sono i metodi più convenienti per il trattamento dell'unghia incarnata? e così via.

E lo specialista, dà la sua risposta breve, sintetica, chiara. Le domande e le relative risposte sono qui raccolte e toccano tutti i campi delle scienze mediche. La pubblicazione è stata giustamente accolta con grande favore dai medici, che trovano in essa un'adeguata risposta alle questioni che maggiormente possono interessarli. La consultazione è facilitata da un ampio indice alfabetico che comprende anche i volumi precedenti. *fil.*

Atti del III Congresso Nazionale per la lotta contro la tubercolosi. Un vol. in-8° di 431 pagine. Editrice « Salute ed Igiene », Roma. Prezzo L. 10.

Abbiamo dato, a suo tempo, notizia di questo Congresso, tenutosi a Palermo nell'ottobre 1929, di cui vediamo qui riuniti gli Atti che costituiscono un insieme di lavori importanti dal punto di vista medico, igienico e medico-sociale.

Temi di relazione sono stati: 1) Rapporti fra regime consorziale ed assicurativo nella organizzazione della lotta antitubercolare; 2) Impianti igienici per lo smaltimento e la distruzione dei materiali di rifiuto nei sanatori e negli ospedali per tubercolosi; 3) Le tubercolosi latenti ed i complessi primarii nella popolazione infantile di un centro rurale; 4) Modalità di guarigione della tubercolosi polmonare.

Ad essi seguono numerose comunicazioni, che verranno consultate con interesse da chiunque si occupi di tisiologia. A. P.

F. FRANCHINI. *Marcello Malpighi.* Un vol. in-8° di pagg. 159, con 54 fig. L. Cappelli, ed. Bologna, 1930. Prezzo L. 35.

Il 23 settembre 1928 si tenne in Crevalcore la commemorazione popolare di Malpighi ed il prof. Franchini, in un discorso elevato e materiato di profonda cultura, vi espose la vita ed i meriti del Malpighi e le lotte che egli ebbe a sostenere contro gli invidiosi avversarii.

Il discorso è qui riprodotto, in bella edizione, illustrato da numerose e chiare fotografie e da importanti documenti e lumeggia perfettamente la vita e le scoperte di questo grande italiano che alla scienza aperse nuove vie. « Chi sia Marcello Malpighi », così finisce l'A., « oggi sanno e sapranno tutti gli uomini civili, dovunque si respiri quest'aria, dovunque un fiore spieghi al cielo l'olezzo del suo calice e la pompa dei suoi colori ».

fil.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Il Convegno Nazionale per la lotta contro il cancro.

(Bologna, 5-6 gennaio 1931).

Alla presenza delle autorità, delle rappresentanze dell'Università e del corpo ospedaliero di Bologna, con concorso di scienziati accorsi da ogni parte d'Italia, è stato inaugurato questo Congresso dedicato ad uno dei problemi che maggiormente affanna oggi il mondo civile.

Nel discorso inaugurale il sen. VIOLA ha prospettato le imponenti proporzioni che ha assunto la malattia, citando numerose cifre statistiche di morbosità e mortalità, ma ha anche rilevato il fatto che vanno, d'altro canto, migliorando le statistiche di guarigione, specialmente per i cancri epidermoidali della faccia.

Il prof. U. MONARI, presidente del Consiglio di Amministrazione del Centro bolognese per la cura del cancro, ha parlato delle origini dell'Istituto bolognese del Radio (che possiede 512 mgr. del prezioso metallo), alla fondazione del quale ha concorso anche il Ministero dell'Interno, con un impegnativo di 50 mila lire annue.

Il prof. P. RONDONI ha trattato il tema concernente le *moderne vedute eziologiche sui tumori e loro critiche*. Egli riconosce che la causa del male non è ancora nota, ma che le nostre cognizioni in questa materia vanno sempre aumentando e serrando da presso il problema. Un gran passo è stato fatto riconoscendo che il cancro non è una malattia infettiva e che la sua cellula ha struttura essenzialmente diversa da quella delle altre cellule dell'organismo, comportandosi come appartenente ad altra specie biologica. Si è arrivati, oggi, nell'istologia e nella biochimica di tale cellula a conoscenze precise che potranno avere grande importanza per la lotta. Interessanti soprattutto sono le nozioni sugli *stimoli* capaci di trasformare le cellule apparentemente banali in quelle cancerigne, stimoli che possono essere comuni (irritazione meccanica, calore); chimici (catrame), specifici (germi). Di grande importanza appaiono altresì i *fattori endogeni*, sia congeniti che occasionali, i quali possono coadiuvare gli stimoli od agire da soli.

Sui *rapporti fra cancro e tubercolosi* ha parlato il prof. E. CENTANNI, investigando il problema, sia dal lato statistico che da quello sperimentale. Le osservazioni da lui compiute lo portano a ritenere che, quando si sviluppa la tubercolosi, cede il tumore e viceversa e che ambedue le affezioni sono capaci di distruggersi. Questi concetti portano ad intravedere possibili applicazioni nel campo della terapia, nel senso che prodotti di bacilli tubercolari opportunamente preparati potrebbero svolgere azione difensiva contro il cancro.

Sulla questione della *disposizione costituzionale al cancro*, ha riferito il prof. P. BENEDETTI, che ha fatto numerose ricerche su 650 malati di cancro, applicando il metodo antropometrico-costituzionale del Viola. Risulta, in complesso, che il cancro predilige essenzialmente gli individui che, per la loro costituzione possono essere considerati come normali od assai vicini alla normalità. Vi sembrano particolarmente soggetti gli individui che discendono da famiglie sane e da genitori longevi, che sono quasi sempre risparmiati da malattie nel corso della vita e che sono generalmente robusti.

Risultati che appaiono in contrasto con altre teorie.

In moltissimi individui, si possono trovare quei gruppi di cellule che sono destinati a trasformarsi in cancerigne; negli individui a costituzione robusta, esse hanno, come gli altri elementi una maggiore vivacità e rispondono, quindi, in modo molto attivo ai diversi stimoli che danno l'impulso alla loro trasformazione. Ne viene, pertanto, una regola profilattica, nel senso che anche gli individui robusti, al pari dei deboli, debbano evitare gli errori che, rompendo gli equilibri funzionali, favoriscono l'insediarsi di ogni tendenza morbosa.

Lo svolgimento di queste relazioni è stato seguito con grande interesse, ma questo si è acuito in occasione di quella del prof. G. FICHERA, *sullo squilibrio oncogeno e la chemioterapia istiogena nella terapia dei tumori maligni*, in seguito alla quale, si sono avute discussioni appassionate e vivaci, che si sono poi chiuse con il voto di plauso proposto dal prof. DIONISI.

Sono note le vedute del prof. Fichera, che egli ha già esposto in altre occasioni e, recentemente, al Congresso delle Scienze in Bolzano. Egli ammette che la genesi dei blastomi sia in rapporto con il difetto delle sostanze oncolitiche (elaborate da diversi organi che avrebbero l'ufficio di inibitori delle proliferazioni cellulari) o con l'eccesso degli organi stimolatori delle proliferazioni. Egli introduce, quindi, nell'organismo delle sostanze citolitiche specifiche estratte da organi ad alto potere oncolitico ed ottiene in tal modo, non soltanto dei processi di cito- e cariolisi, seguìti da rapida sostituzione dapprima collagena e poi connettivale, ma anche la produzione di tessuto corrispondente alla sede; così, in un caso di sarcoma del femore, si ebbe formazione ossea eburnea; in un caso di endotelioma linfoghiandolare, si ebbe il ripristino dell'architettura linfoide.

Al Congresso attuale, il prof. Fichera portò, oltre ai preparati microscopici ed alle radiografie, anche dei malati, già dimessi da alcuni mesi, dopo regressione dei tumori inoperabili, recidivi, metastatici da cui erano affetti. I risultati istopatologici vennero confermati dal prof. PEPERE di Milano, il quale ha osservato che il preparato del prof. Fichera ha un effetto specifico sugli elementi del tumore, determinando una speciale necrosi della cellula neoplastica e la proliferazione connettivale. Delle conferme sono pure state portate dal prof. RADAELI, ed il prof. VERNONI osservò che, basandosi sui fatti presentati dal prof. Fichera, si deve concludere che un progresso è stato realizzato.

Fra le critiche, citiamo quelle dei proff. CENTANNI e GASBARRINI, che mettono in dubbio che si tratti realmente di una cura specifica. Anche il prof. VIOLA, pure ammettendo che qualche cosa di positivo esista in queste ricerche, si domanda quanto vi sia in esse di nuovo e di solido.

Oltre e più che la parte scientifica, però, interessa in tale argomento quella pratica. Davanti ai numerosi sofferenti di cancro, condannati a prossima morte, sarebbe già un grande risultato, che trascende le nostre speranze, il poter prolungare la vita di qualche anno. E questo mette appunto in rilievo il prof. R. BASTIANELLI, il quale vorrebbe che la « Lega contro il cancro » fosse messa a parte delle ricerche del prof. Fichera, in modo che con la collaborazione di altri studiosi, si potesse

arrivare più rapidamente a risultati sicuramente conclusivi.

Nella replica, il prof. FICHERA ha fatto osservare che il segreto che circonda le sue ricerche è del tutto relativo. Egli lavora in un Istituto pubblico dello Stato ed alla sua attività non mancano, fra l'altro, i controlli dei numerosi assistenti e quello dei malati da lui trattati e giudicati, in precedenza, inoperabili da altri. Pur non dimostrandosi alieno dal rendere possibile agli studiosi il seguire le sue ricerche, ritiene però necessario che esse vengano per ora eseguite soltanto nel proprio Istituto.

Sullo *stato attuale dei Centri diagnostici e curativi dei tumori maligni in Italia*, ha riferito il prof. P. GALLENGA, il quale ha rilevato, fra l'altro, che, se alcuni di essi sono in stato di completa efficienza, altri hanno bisogno di completare la loro organizzazione. Egli insiste particolarmente sulla necessità che ognuno di questi centri eserciti una efficace attività sanitaria e sociale, in modo da costituire un'istituzione bene organizzata e completa di notevole utilità.

Parecchie interessanti comunicazioni sono state portate dai proff. TINOZZI (Napoli), MORELLI (Firenze), PICCININI (Modena), e da altri.

Grande interesse ha destato la visita dell'Istituto del Radio, alla Clinica di S. Orsola.

A. P.

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta del 29 novembre 1930.

Presiede il Prof. S. BAGLIONI, vice-presidente.

L'azione dei Raggi ultravioletti sul valore antitossico dei sieri antidifterici.

G. C. BENTIVOGLIO. — L'O. ha studiato l'influenza dei raggi ultravioletti sul contenuto in antitossine in 31 sieri antidifterici, sia freschi che stagionati, interi e diluiti, adoperando dosi variabili di irradiazione. I risultati conseguiti dimostrano la scarsa o nessuna influenza della luce di quarzo sul valore antitossico dei sieri. A questa regola fanno eccezione i sieri dotati di un alto titolo di U. I. nei quali le stesse dosi di raggi ultravioletti provocano invece una parziale distruzione di unità antitossiche.

Osservazioni mediche dopo un viaggio intorno all'Africa (con proiezioni).

Dott. G. PENSO. — L'O. riferisce il risultato delle osservazioni da lui fatte durante un suo recente viaggio di istruzione intorno all'Africa.

Egli accenna rapidamente alla organizzazione delle Cliniche e degli Ospedali, dotati con larghezza insuperata di laboratori e di ogni mezzo moderno di indagine scientifica.

L'O. accompagna ed illustra la sua interessante relazione, con numerose proiezioni.

I processi ossido-riduttivi nella cloronarcosi sperimentale.

Prof. V. JUBA. — L'O. si è proposto lo studio dei processi ossido-riduttivi nel cervello, nel cuore, nel fegato e nelle capsule surrenali dei cani assoggettati a cloronarcosi, senza somministrazione di altre sostanze adiuvanti la narcosi.

Le ricerche furono espletate studiando, negli organi innanzi cennati, dopo un'ora di narcosi, il comportamento del glutatione mediante il micrometodo di dosaggio di Tunniclive e col metodo istochimico.

Da tali indagini è risultato che negli animali assoggettati alla anestesia cloroformica per un'ora il glutatione, mentre risulta diminuito nelle capsule surrenali e nel fegato, resta normale nel muscolo cardiaco ed aumentato a carico del cervello.

Simile comportamento si osservò anche in alcuni animali assoggettati ad eteronarcosi.

L'O. per spiegare l'aumento di glutatione nel cervello durante la narcosi, ammette:

1) o spostamento, mobilitazione del glutatione dagli organi, che ne contengono maggiore quantità, al cervello, dove si determina un accumulo del tripeptide;

2) oppure che il predetto aumento avvenga per insufficiente usura del catalizzatore a causa della sospesa attività funzionale nella cellula nervosa.

Azione degli estratti pancreatici sulla pressione arteriosa.

Prof. G. MELDOLESI e DE ORCHI. — Gli OO. hanno studiato l'azione degli estratti pancreatici (insulina) sulla pressione arteriosa. L'insulina nell'individuo normale determina una diminuzione fugace della pressione arteriosa: nell'iperteso tale azione ipotensiva è diversa a seconda dei casi e dei tipi di ipertensione. Essa è marcata e persistente nelle ipertensioni da climaterio; modica nelle ipertensioni dei nefritici: praticamente nulla nelle forme arteriosclerotiche e nella ipertonia essenziale. In queste ultime forme immediatamente alla iniezione le modificazioni di pressione sono minime, mentre le modificazioni che si osservano nel corso del trattamento prolungato non sono praticamente differenziabili dalle oscillazioni spontanee che si osservano in questi malati. Nell'angina di petto nel corso del trattamento insulinico si osserva quasi costantemente un succedersi meno frequente degli accessi dolorosi, senza però che si osservi un parallelo miglioramento nelle condizioni del circolo. I disturbi eventuali da ipoglicemia possono essere evitati mediante la somministrazione preventiva di zucchero, senza che per questo venga a modificarsi la eventuale azione ipotensiva. Gli estratti pancreatici deinsulinizzanti dimostrano un'azione più scarsa e non costante.

L'azione della digitale nelle cardiopatie controllata attraverso l'esame dei gas del sangue.

Prof. G. MELDOLESI e PONS. — Gli OO. hanno studiato l'azione della digitale sul circolo attraverso il controllo dei gas del sangue. Diversa si dimostra l'azione delle piccole da quella delle grosse dosi di medicamento. Le piccole dosi di digitale provocano costantemente una accelerazione nella circolazione periferica, con la comparsa di disturbi soggettivi in quei soggetti il cui compenso si stabilisce in un congruo rallentamento con conseguente maggiore utilizzazione dell'ossigeno. La dose piena di digitale (full dosis) determina invece un rallentamento di circolazione periferica, con diminuzione od anche scomparsa del deficit arterioso di ossigeno. La digitale cioè agisce sul circolo periferico nel senso di ricondurre a quella formula di rapporti fra vena e arteria, la quale è conforme alla entità del vizio e alle sue possibilità di compenso di esse. Tale azione, che l'esame dei gas del sangue può con esattezza mettere in evidenza, si esplica molto prima dell'intervento dei fenomeni elettrocardiografici (inversione della T, ecc.), che comunemente vengono dati come caratteristici della full dosis: il controllo dei gas del sangue va perciò ritenuto come un mezzo esatto di controllo per stabilire la dose individuale di digitale.

Il Vice-Segretario: M. ALMAGIÀ.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA

Le idee nuove su la trasmissione ereditaria della sifilide.

Su le modalità di trasmissione ereditaria della sifilide due teorie ancora si contendono il campo. Secondo la prima la trasmissione è germinativa, cioè il virus contenuto nella cellula originale, paterna o materna, infetta l'embrione al momento stesso della concezione. Nella seconda ipotesi la trasmissione si effettua per via transplacentare, il germe proviene dalla madre. Ma, fatto essenziale, non si può almeno coi mezzi attuali di ricerca, scoprire il parassita nell'organismo fetale prima del 5° mese della vita intra-uterina.

Se effettivamente l'infezione non avviene prima di questo momento, dovrebbe essere possibile, con un trattamento istituito precocemente, impedire l'infezione del prodotto fetale. Se al contrario il feto è contaminato dal treponema all'inizio stesso della formazione e dell'evoluzione intrauterina, il trattamento specifico della gestante non potrebbe che attenuare una infezione già esistente nell'embrione. La discussione perciò su le modalità di trasmissione ereditaria della lues non è puramente teorica, e le conseguenze di una conoscenza esatta di questo meccanismo potrebbero essere essenzialmente pratiche. Péhu e Brochier (*Revue de Médecine*, 1930, n. 6) passano in rivista gli argomenti in favore dell'una e dell'altra ipotesi, per concludere che allo stato attuale delle cose non è possibile ritenere risolto il problema. Nuove ricerche e nuove osservazioni sono necessarie per portare maggior luce in questo campo di tanto interesse dottrinale e pratico.

MONACELLI.

Il significato degl'infiltrati sottoclavicolari e della pleurite essudativa precoce per la genesi della tisi.

Loben (*Med. Klin.*, 10 ott. 1930) ricorda come le ricerche di Assmann e Redeker abbiano richiamato l'attenzione sulle zone d'infiltrazione sottoclavicolare, fenomeni esclusivamente radiologici e costituiti da una velatura diffusa o a chiazze, assai leggera, di dimensioni varie.

Secondo l'A., si tratta di una forma a sè ben definita, che si deve distinguere dalle altre manifestazioni simili per la tendenza che hanno a regredire.

Tale distinzione ha particolare interesse per quanto riguarda le indicazioni terapeutiche; ogni terapia attiva (pneumotorace) è, in questi casi, da evitarsi.

In base a numerose osservazioni l'A. distingue quindi due gruppi di infiltrati sottoclavicolari precoci: uno che comprende la maggioranza dei cosiddetti focolai di Assmann e un altro che comprende le forme a tendenza progressiva e infiltrativa: in questo secondo caso è indicato il trattamento col pneumotorace.

Questi infiltrati precoci si accompagnano di solito a reazioni pleuriche d'origine ematogena: anch'essa tende a riassorbirsi, e non lascia allo schermo evidenti tracce di sè, a differenza delle altre pleuriti che hanno invece tendenza progressiva.

Talora si ha una vera polisierosite precoce, anch'essa di origine ematogena, e che è caratterizzata dalla tendenza alla regressione.

Tra i due gruppi di affezioni del parenchima e della pleura esiste quindi un notevole accordo: e lo stesso si dica per la cura: mentre le pleuriti tubercolari a tendenza progressiva vanno punte, quelle precoci devono essere rispettate.

V. SERRA.

CASISTICA.

Un caso di orchiepididimite cronica stafilococcica a tipo neoplastico.

G. Mazzacuva (*Pathologica*, XXII, n. 467, 1930) riferisce il caso d'un paz. di 61 anni, il quale cinque mesi prima del ricovero si accorse di una piccola tumefazione indolente alla reg. inguinale sinistra, che aumentò di volume nei giorni successivi. Circa 15 giorni dopo l'insorgenza di tale manifestazione notò un aumento graduale e progressivo dell'emiscroto S. L'es. obb. non fece notare nulla di speciale negli organi interni; la reg. inguinale S. e l'emiscroto corrispondente presentano una tumefazione a maggiore sviluppo scrotale, ma che si spinge in alto verso la reg. inguinale. Il pene è deviato a D. e così pure il rafe scrotale mediano; le pieghe scrotali si presentano distese.

La tumefazione lunga circa cm. 15 e larga 6-7, ha superficie liscia, consistenza tesa elastica, fluttuante anteriormente, duro-fibrosa posteriormente.

Con intervento chirurgico si asporta testicolo e deferente. All'esame anatomo-patologico, batteriologico ed istologico si conclude per una fibrosi testicolare da orchiepididimite stafilococcica.

L'A. coglie l'occasione del presente caso per discutere le probabilità diagnostiche di tale orchiepididimite, e con discussione esclude la forma tubercolare, la luetica, per sospettare con maggiore probabilità quella neoplastica, con cui si accordava la sintomatologia dell'affezione. Tale dubbio fu potuto allontanare solo dopo ripetuti esami istologici sulla quasi totalità del pezzo asportato.

L'A. pensa che l'infezione sia avvenuta per

via uretro-deferenziale, favorita dai movimenti antiperistaltici del deferente.

L'unica terapia suggerita in tali casi è la chirurgica, con l'*ablatio testis*.

L. CARUSI.

Epididimite cronica senza tubercoli.

In circa 300 casi di epididimectomie praticate con la diagnosi di tubercolosi, in 36 l'esame istologico ha dimostrato i segni di una flogosi banale senza che si rinvenisse in nessun punto l'aspetto tipico della lesione tbc.

Secondo Wildbolz (*Zeit. f. urol. Chir.*, vol. 28, 468, 1929) di questi casi alcuni sono riferibili a germi banali che sono stati trovati all'esame colturale e istologico. Poichè mancava qualsiasi segno di infezione uretro-vescicale e l'anamnesi era negativa, si potrebbe ammettere che i germi siano arrivati per via sanguigna. In due casi si poteva pensare alla lues.

Nella maggior parte dei casi si può interpretare la lesione come dovuta al bacillo di Koch, come lo dimostra la frequenza di localizzazioni tipiche nel lato opposto successive alla epididimectomia unilaterale eseguita.

P. VALDONI.

Affezioni del pene.

Secondo C. L. Frohlich (*The Journ. of the Medic. Assoc. of South Africa*, 11 ott. 1930) sono congenite e acquisite. Fra le congenite la più rara è la mancanza del pene. Si può avere ipertrofia del pene e anche pene doppio con funzione perfetta dei due peni.

Il prepuzio aderente può essere responsabile di fenomeni convulsivi o paralitici o di arresto di sviluppo del pene. La torsione del pene è rarissima. Si può avere assenza oppure occlusione dell'uretra, epispadia con o senza estroflessione della vescica.

Le affezioni acquisite possono essere traumatiche, infiammatorie e neoplastiche. Quelle traumatiche non presentano difficoltà di diagnosi: possono essere ferite, contusioni, mutilazioni prodotte per eccitamento erotico o mania religiosa. Le forme infiammatorie sono infiammazioni dovute a follicolite, fimosi, parafimosi, balanite, linfangite, gonorrea acuta e sifilide primitiva. La tubercolosi del pene è rara. Si possono avere tumori benigni a maligni.

R. LUSENA.

TERAPIA.

La dieta nelle malattie della cistifellea.

Max Einhorn (*Die Med. Welt*, 4 ott. 1930) ricorda dapprima le opinioni di vari AA. che consigliavano, nelle malattie della vescica biliare, gli uni una dieta carnea, gli altri una vegetariana, e gli altri ancora una dieta povera di colesterina.

Questa dieta non è ammessa dall'A. che la considera « insufficiente », data l'importanza della colesterina per l'organismo.

Egli distingue affezioni acute e croniche della cistifellea, con o senza ittero.

Nelle affezioni acute si usi una dieta liquida leggera: latte, zuppa d'avena, succo di frutta, uova nel brodo, the e cacao, a piccole dosi ogni 2-3 ore.

Quando l'ammalato migliora si aggiungerà pane abbrustolito, verdura cotta, frutta; poi carne tenera e patate arrostite.

Nelle affezioni croniche si tenga conto dei seguenti punti fondamentali:

1) Pasti frequenti.

2) Il cibo contenga tutti e tre i gruppi di sostanze nutritive (idrati C., proteine e grassi): l'eccesso di cibo nuoce; vino, birra, carne e verdura in grande quantità sono da evitarsi.

3) Almeno una scarica al giorno.

4) Sport all'aria libera, ma senza stancarsi.

5) Bere abbondantemente.

Nelle affezioni croniche con ittero si eviterà il grasso. Utile il seguente schema di dieta:

2 litri e 1/2 di latte senza panna;
100 gr. pane;
100 gr. pourée legumi;
100 gr. zucchero.

In più qualche frutto, o un po' di legumi freschi. I medicamenti più utili sono i pancreatici.

Nelle affezioni maligne avanzate si usi una dieta liquida o semi-liquida.

V. SERRA.

La dieta negli itteri infettivi.

Le opinioni in proposito alla dieta negli itteri infettivi si sono venute modificando. Un tempo si prescriveva la dieta rigorosa l'olio di oliva ed i clisteri freddi.

Attualmente, mentre alcuni ritengono che le proteine debbano essere proibite, altri autori invece consigliano la carne sanguinante od anche cruda; essa avrebbe l'effetto di sopprimere l'astenia e di abbreviare la convalescenza.

I grassi debbono essere banditi, in quanto che la funzione epatica è deficiente; si può però dare del latte parzialmente scremato, caldo e con aggiunta di acqua di Vichy.

Sono raccomandabili gli idrati di carbonio, in forma di infusi zuccherati o di goccia a goccia rettale.

Non si deve lasciare il malato per troppo tempo al latte anche se lo tollera bene e non si deve attendere la scomparsa dell'itterizia per incominciare ad alimentarlo. Si incomincierà con dei biscotti, delle composte zuccherate o delle pappe pure zuccherate, poi verranno le paste alimentari, i legumi verdi, le frutta ed infine l'alimentazione normale ripresa gradatamente.

Salmon (*Jour. médical français*, n. 9, 1930) segnala una nuova medicazione, l'insulina, grazie alla quale, si può migliorare il regime, ciò che ristabilisce più rapidamente lo stato generale. Se ne iniettano 10-15 unità, un'ora prima del pasto di mezzogiorno, che deve essere composto essenzialmente da idrati di carbonio.

fil.

Il carciofo nelle affezioni epato-biliari.

Il carciofo (*cynara scolymus*) è stato usato nel passato come un mezzo terapeutico in diverse malattie.

La parte superiore, quella che normalmente si usa di mangiare, è ricca in idrati di carbonio e in ferro, ma non ha alcuna proprietà terapeutica; i principii attivi si trovano nella radice, nel fusto e nelle foglie; hanno un sapore amaro, e sembra che siano la *cinarina*, molto vicina all'aloina; le foglie contengono prodotti di natura tannica, sali di sodio e di potassio, di calcio, di magnesio.

L'azione fisiologica è nota più in modo empirico che per ricerche sperimentali. L'estratto di carciofo sembra provocare la diuresi; fu usato nel passato in casi di ascite e di versamenti delle sierose; ma si ignora il meccanismo di tale azione.

Ha un'azione elettiva sulla cellula epatica, perchè stimola la funzione epatica, ed aumenta la secrezione biliare. Dipende forse da tale azione la regolarizzazione delle funzioni intestinali osservata dagli autori.

Le indicazioni principali si limitano per ora alle affezioni epato-biliari; l'ittero catarrale si giova molto di tale droga; si riferiscono casi di ittero da ritenzione antichi guariti dall'estratto di carciofo; giova nelle angiocoliti con ittero; infine si può tener presente che è utile nell'itterizia, qualunque ne sia la causa. È stato anche usato nella litiasi renale e nella gotta.

Il medicamento è poco tossico, ed usato nei bambini come nei vecchi non ha dato luogo a disturbi.

Le decozioni acquose od idroalcooliche si possono preparare facilmente; ma il sapore amaro simile a quello della genziana e della chinina fa preferire l'estratto idroalcoolico per preparazioni in pillole.

La formula usata è la seguente:

estratto idroalcoolico di carciofo ctgr. 15,
polvere di liquorizia q. s. per una pillola.

La dose quotidiana varia tra le 6 e 9 pillole, in 2 o 3 volte, cioè gr. 0,90-1,35 p. d.

Durante il trattamento usare il regime latteo; la cura può usarsi per più giorni di seguito, fino a 15 giorni in un caso di Brel.

Quando il medicamento agisce, se ne nota l'efficacia in pochi giorni, o in una settimana: compare dapprima la diuresi, si regolarizzano le funzioni intestinali, si ricolorano le feci; i pigmenti ed i sali biliari diminuiscono nell'urina, per poi sparire; ritorna l'appetito, e si rimette lo stato generale.

(R. Levent. *Gaz. d. Hôp.*, 25 sett. 1930).

L. CARUSI.

La diatermia del fegato nella cirrosi alcoolica.

È stata applicata da Pagniez, Plichet, Loutsch e Marchand (*Soc. méd. des hôp.* 10 ott. 1930), in un malato di 37 anni con cirrosi etilica ad andamento molto grave. Si aveva ascite enorme con spiegamento dell'ombelico, edema notevole degli arti inferiori e circolazione collaterale marcata. Il malato si trovava in uno stato cachettico con anemia notevole. Malgrado ripetute punture, il trattamento dietetico, i diuretici, le iniezioni di estratti epatici, la situazione era rimasta invariata da due mesi.

Si istituì allora un trattamento di diatermia, con sedute trisettimanali. Alla quinta, l'ascite cessò di aumentare, il peso diede una curva discendente e lo stato generale miglior. Dopo 15 sedute il trattamento fu sospeso; qualche settimana dopo l'ascite incominciò ad aumentare nuovamente. Una nuova serie di diatermia arresta tale aumento e fa abbassare nuovamente il peso.

Attualmente il malato ha un eccellente stato generale; l'ascite non è però scomparsa del tutto, mentre gli edemi delle gambe sono stati riassorbiti completamente. *fil.*

VARIA.

Il senso della vita e dell'evoluzione.

A proposito di un articolo di M. J.-L. Faure sulla « Illusione trasformista » di Vialleton, L. Cuenot (*Presse Médicale*, n. 90, 1930) esamina il senso dell'origine della vita e della marcia dell'evoluzione.

Davanti al fenomeno della vita, davanti allo svolgimento per migliaia di millenni dell'evoluzione degli animali e delle piante, due attitudini principali sono possibili:

1) Si può pensare che l'essere vivente non sia nella sua essenza differente dal non vivente, ma che se ne distingua solo per la complessità ed il modo di raggrupparsi delle sostanze che lo costituiscono; sulla terra in via di raffreddamento, la vita sarebbe comparsa per una combinazione chimica fortuita, che ha prodotto un essere (o degli esseri) estremamente semplice, capace di auto-costruzione a spese degli elementi puramente minerali dell'aria e dell'acqua. Si deve ammettere come possibile che la creazione di un essere vivente possa un giorno essere realizzata nel laboratorio con il raggruppamento conveniente di elementi inanimati. Dopo la comparsa della vita, gli esseri si sono evoluti sotto l'azione di fattori naturali, fra i quali si possono citare l'influenza modificatrice del mezzo, la lotta per l'esistenza, ecc. E' il caso, *senza direzione nè scopo*, che crea le specie successive di microbi, di piante e di animali, compreso l'uomo. Non vi è niente da ricercare al di là dei fatti che la scienza constata e coordina con delle leggi; *non esiste una metafisica, non vi sono dei misteri*. Questo modo di vedere è quello del *positivismo radicale*, del *determinismo integrale*, del *monismo materialista e meccanicista*.

2) Per altri biologi, il vivente è separato dal non vivente da un hiatus insuperabile, di modo che è inverosimile che la vita sia comparsa sulla terra per l'incontro fortuito di molecole. Se un sapiente, un giorno, potesse riprodurre esattamente il raggruppamento di sostanze costituenti l'essere più semplice che si possa immaginare, egli non avrebbe fabbricato che un cadavere al quale mancherebbe la scintilla della vita. In questo concetto (indimostrabile, come il concetto opposto), un mistero impenetrabile all'investigazione scientifica nasconde l'origine autonoma della vita sul nostro globo.

L'evoluzione si svolge sotto l'azione di fattori naturali, ma questi non sono che cause efficienti o secondarie. Questa evoluzione è diretta, ha il carattere di uno sforzo, di una invenzione, con i suoi brancolamenti ed i suoi risultati graduali che sono le specie e gli individui. Causa prima e totale, impenetrabile alla investigazione scientifica, questa direzione agisce sulle forze fisico-chimiche senza rompere il loro determinismo, così come la libertà umana agisce sulle nostre determinazioni e le orienta. Tutto avviene come se vi fosse una preordinazione nell'Universo, e come se il divenire cosmico fosse orientato in un senso definito di realizzazione ascendente.

Chi crede alla originalità trascendente della vita ed all'evoluzione diretta da una causa prima è *spiritualista* o *dualista*.

Esistono ancora altre concezioni filosofiche della vita, ma meno complete, meno coerenti, meno scientifiche: sono i diversi vitalismi; immaginati per correggere l'insufficienza del meccanicismo puro, essi si sono arrestati a mezza strada per paura di cadere troppo nella metafisica.

La differenza fra le due attitudini estreme è di ordine puramente metafisico. Davanti ai fatti, il naturalista più materialista ed il naturalista più spiritualista osservano esattamente nello stesso modo e sono l'uno e l'altro rigorosamente deterministi, poichè la scienza non può che ignorare le cause metafisiche e strettamente trascendenti. Mentre il primo però nega l'esistenza di queste cause, il secondo ha una visione più estesa; egli crede che la realtà tangibile non costituisca tutto il reale; per lui la Natura non è una macchina senza maestro, nata dal caso, che potrebbe ritornare nel caos se un giorno si rompesse l'articolazione fra il sole, l'aria, l'acqua, la terra, il vegetale, l'animale e l'uomo. In altri termini, lo spiritualista crede che la vita e l'evoluzione abbiano un senso misterioso e che vi sia un perchè delle cose.

Ma perchè, si dirà, non contentarsi del meccanicismo puro, così semplice, così chiaro, così in accordo con quello che si conosce sicuramente? Si è che il meccanicismo non rende conto di due fenomeni incontestabili: la *preordinazione biologica* e la *finalità*. La Natura tutto ha disposto perchè la vita si perpetui sicuramente, cosicchè sembra che la continuazione della vita sia lo scopo essenziale della Natura. La Natura non utilizza l'individuo che a titolo di mezzo transitorio per trasmettere la fiamma e spesso, dopo la riproduzione, lo getta via come uno straccio inutile; allo stesso modo essa sacrifica la specie, anche la più bella esteticamente, ad una forma vicariante banale, meglio adatta.

La considerazione degli strumenti biologici è un'altra pietra di intoppo del meccanicismo; è noto che gli animali offrono innumerevoli esempi di organi esattamente paralleli ai nostri strumenti e rispondenti a fini funzionali, ma la soluzione della Natura differisce da quella dell'artigiano per la sua perfezione più grande, la sua solidità, la sua eleganza ed il lusso dei piccoli dettagli. L'animale conosce la pala, la sega, la perforatrice, gli strumenti musicali, le ventose, la freccia, l'àncora, il remo, il pettine, la pila elettrica, gli apparecchi di illuminazione, i gas tossici, ecc. Invocare per la genesi di questi organi delle cause naturali, che esistono certamente, significa solo spostare il problema: in effetti, quando un uomo fabbrica uno strumento, cioè un assieme di parti di cui la riunione non può essere l'effetto di un incontro fortuito, lo strumento ha un fine intenzionale, che rivela l'esistenza di uno spirito capace di astrazione e di previsione. Ora, è evidente che degli accidenti fortuiti di variazione, anche preservati da una selezione ipotetica, non possono sovrapporsi per edificare un organo che non ha interesse vitale che quando è perfettamente terminato; Darwin lo sentiva bene, egli che diceva che il problema della genesi dell'occhio gli dava la febbre.

Noi siamo dunque portati, invincibilmente, ad ammettere l'esistenza di un agente direttore di ordine metafisico che guida le variazioni verso un fine utile, così come l'operaio, servendosi dei materiali che ha sotto mano, dirige la fabbricazione di uno strumento. Come argomento contro la necessità di una direzione, si portano da una parte l'imperfezione (dal nostro punto di vista) di questo o di quello strumento, dall'altra il fatto che la Natura ci appare come un campo di battaglia insanguinato in cui gli esseri viventi si divorano fra di loro; se è seducente entusiasmarsi allo spettacolo delle armonie cosmiche, quello delle miserie che vi si mescolano scandalizza. E' questa una difficoltà per chi considera la finalità da un punto di vista antropomorfico. Ma lo spirito deve contare con i materiali e la guida non esclude il meccanicismo; le regole dell'evoluzione non sono fatte per gli individui e le specie, che non sono che mezzi, ma per questa necessità misteriosa della perpetuazione della vita, in marcia verso un fine sconosciuto.

C. Toscano.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Nel Sindacato Medico.

L'on. prof. Ermanno Fioretti per le sue numerose occupazioni professionali ha presentato le dimissioni da segretario nazionale del Sindacato medico.

Il commissario della Confederazione nazionale fascista professionisti ed artisti, nel ringraziare l'on. Fioretti per l'opera svolta a favore dell'organizzazione medica, ha proposto al ministro delle Corporazioni, quale commissario dello stesso Sindacato, l'on. Eugenio Morelli.

Il ministro delle Corporazioni, accogliendo tale designazione, ha proceduto alla nomina dell'on. Eugenio Morelli a commissario del Sindacato medico.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Badia Calavena (*Verona*). — Scad. 31 gen.; rivolgersi Segreteria.

Bergamo. *Amministraz. Provinc.* — Direttore e coadiutore della Sez. med.-micrograf. del Laborat. Prov. d'Igiene e Profilassi. Proroga ore 18 del 20 marzo.

Biccari (*Foggia*). — Scad. 9 feb.; L. 9000 salvo decurtazioni di legge e 5 quadrienni dec.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

Capoterra (*Cagliari*). — Scad. 5 feb.; L. 8000 oltre L. 1000 uff. san.

Castelsardo (*Sassari*). — Scad. 15 feb., consorzio; L. 9240 oltre L. 2200 cav., L. 1584 uff. san. ecc., il tutto già ridotto; tassa L. 25.05.

Castel S. Nicolò (*Arezzo*). — Scad. 23 febbraio; L. 2920 e 4 quinquenni dec., oltre L. 740 c.-v., L. 2640 cav.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.10.

Floridia (*Siracusa*). — Scad. 31 mar.; L. 9000 e 4 quadrienni dec., salve riduzioni; età lim. 35 a. al 10 dic.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi.

Gorgo al Monticano (*Treviso*). — A tutto 26 marzo; L. 8000 e caro-viveri, oltre L. 3500 trasporto automezzo e L. 700 uff. san. Il tutto decurtato del 12 %. Chiedere avviso e schiarimenti alla Segreteria.

La Spezia. *Ospedale Civile Vitt. Em. III.* — Medico specialista in oftalmoiatria; L. 5700 se ammogliato, L. 5340 se celibe, oltre a quinquenni di L. 500; compartecipaz. 60 % operaz.; nom. e due conferme quinquennali; età lim. 45 a. alla scadenza, 31 marzo.

Loro Piceno (*Macerata*). — Scad. 15 feb.; lire 9000 e 4 aumenti, oltre L. 2500 cavalc.; età lim. 40 a.

Lucca. *Amministrazione Provinciale.* — Il termine utile per la presentazione delle domande e documenti, per l'ammissione al concorso, bandito in data 25 ottobre 1930, pel conferimento del vacante posto di « coadiutore » nella Sezione Medico-Micrografica dei Laboratori Provinciali d'Igiene e Profilassi, è prorogato fino alle ore 12 del 15 febbraio 1931, ferme restando tutte le altre norme e condizioni, indicate nel bando di concorso.

Matera. *R. Prefettura.* — Uff. san. e capo dell'Ufficio d'igiene del capol.; L. 17.000; uff. san. per 9 comuni, L. 3000 e L. 4000, oltre 4 quadrienni dec. e competenze; età lim. 45 a. al 14 genn.; doc. a 3 mesi; tassa L. 50.20. Scad. ore 12 del 20 mar. Chiedere avviso all'Ufficio del Medico Provinciale.

Milano. *Pio Istituto di Santa Corona.* — Medico direttore degli Istituti elioterapico-chirurgico-ortopedico e profilattici in Pietraligure (Savona); L. 40.000 oltre L. 10.000 indenn. resid., ridotte; alloggio d'obbligo. Età 35-45 a. Scad. ore 17 del 5 mar. Rivolgersi all'Ufficio Protocollo, via C. Correnti, 13, Milano.

Napoli. *Ospedali Riuniti.* — Concorso a 21 assistenti chirurgici generici e 14 assistenti medici generici; scad. ore 14 del 20 febbr. Concorso a 10 assistenti specializzati (anat.-pat., ostetr.-ginec., dermosifilop., oculistica, elettro-radiol.); scad. ore 14 del 28 febbr. Chiedere bando.

Pennabili (*Pesaro-Urbino*). — Scad. 28 feb.; assegni L. 13.000 lorde.

Pietraligure (*Savona*). — Vedi Milano.

Rho (*Milano*). *Ospedale del Circolo.* — Direttore chirurgo primario; L. 20.000 oltre compartecipazioni; età lim. 50 a.; chiedere annunzio. Docum. e domande alla Presidenza. Scad. 15 febbraio.

Sant'Eusanio del Sangro (*Chieti*). — La scadenza del concorso riapertosi il 20 novembre 1930 è prorogata al 19 febbraio.

Savona. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Coadiutore nella Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di igiene e profilassi. Stipendio L. 12.000 iniziali; indennità serv. att. L. 2000; caro-viveri nella misura e con le limitazioni stabilite per gli altri dipendenti dalla Provincia; il tutto ridotto del 12 % a norma di legge. Cinque aumenti triennali del decimo; compartecipazione sui proventi delle analisi per conto dei privati. Tassa concorso L. 50.10. Scadenza 14 marzo. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria della Provincia.

Spadafora (*Messina*). — Scad. 30 gen.; L. 9000, oltre L. 2000 trasp., dedotto 12 %.

Teramo. *Congregazione di Carità.* — Cercasi un medico chirurgo interino per coprire il posto di assistente al reparto Medicina dell'Ospedale Civile. L'assistente ha vitto e alloggio personale nello stabilimento ed un assegno mensile netto di L. 204.

Teramo. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Assistente sanitaria visitatrice del Dispensario e di altri servizi; chiedere annunzi alla Segreteria (Palazzo della Provincia). Scad. ore 12 del 28 febbr.

Tigliole (*Alessandria*). — Scad. 31 mar.; L. 7000 e 4 quinquenni dec., oltre L. 2000 trasp., riducibili; tassa L. 50.

Torre Annunziata (*Napoli*). — Per la Sezione di Boscotrecase. Per titoli. Stipendio annuo lordo L. 9500. Età massima anni 40 salvo eccezioni di

legge. Scadenza 3 aprile. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria comunale.

Trissino (*Vicenza*). — Scad. 31 gen.; L. 7920, oltre serv. att. e c.-v.; età lim. 45 a.; tassa L. 50.10.

Venezia. *Ospedale Civile*. — Scad. ore 17 del 31 mar.; 4 medici-chir. assistenti straordinari; L. 3915 per i celibi e L. 4275 per gli ammogliati, colla diminuente di legge del 12 %; titoli ed esami; età lim. 30 a.; doc. a 3 mesi; nom. annua; serv. entro 15 gg.

Villa di Tirano (*Sondrio*). — Al 25 feb., ore 18; L. 8500 e 5 quadrienni dec.; trasp. L. 700-1800, trasferte L. 820, uff. san. L. 500, ridotti; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15; doc. a 3 mesi dal 9 gen.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il prof. Dante De Blasi, accademico d'Italia, è stato eletto presidente generale dell'Associazione Italiana Fascista per l'Igiene.

Il prof. Bernardino Masci è nominato direttore del Reparto chirurgico dell'Ospedale Fate-Bene-Fratelli di Roma, in sostituzione del prof. Ignazio De-Nicola, dimissionario.

Il prof. Masci è ben noto alla classe medica per il suo raro valore.

I lettori del « Policlinico » hanno potuto apprezzarne più volte i contributi. Il suo *Manuale di tecnica terapeutica ragionata* ha conseguito uno dei più lusinghieri successi editoriali.

Nel campo professionale, la sua squisita gentilezza e la sua benevolenza nel trattare i malati gli conquistano le generali simpatie.

Saranno suoi aiuti al Fate-Bene-Fratelli i dottori Carlo Petacci e Gaspare Capparoni.

Ai tre valorosi sanitari vadano le nostre cordiali felicitazioni.

Il prof. Emanuele Freund di Trieste con Decreto Ministeriale del 29 ottobre 1930 ha ottenuta la conferma definitiva di abilitazione alla libera docenza in Clinica dermosifilopatica, già da lui brillantemente conseguita per titoli fin dal 1924 presso l'Università di Roma. Ciò a parziale rettifica della notizia contenuta in questa stessa rubrica del n. 1.

Il prof. Antonio Pensa, di anatomia, è trasferito da Parma a Pavia.

Sono abilitati alla libera docenza in anatomia patologica: Scaglia Giuseppe; anatomia e istologia patologica: Natali Claudio; clinica ostetrica e ginecologica: Maurizio Eugenio; clinica vie urinarie: Millul Giorgio, Pieraccini Piero, Raffo Vittorio, Rinaldi Rinaldo, Vitale Andrea; clinica oculistica: Federici Ermanno, Scotti Pietro; clinica ortopedica e traumatologica: Merlini Antonio; fisiologia: Forti Clara; istologia: Guerriero Carmine, Migliavacca Angelo, Stefanelli Augusto; medicina del lavoro: Mauro Giovanni; medicina sociale: Sorrentini Emilia; odontoiatria e protesi dentaria: Forster Enrico; patologia chirurgica: Peoe Benedetto; patologia speciale medica: Luisada Aldo, Lusena Marcello; patologia e clinica dermosifilopatica: D'Avanzo Amilcare; psicotecnica del lavoro: Ferrari Carlo Alberto; radiologia medica: Salvatori Giovanni Battista.

NOTIZIE DIVERSE.

Comitato italiano per lo studio dell'ozena.

Il Comitato internazionale per lo studio dell'ozena porterà questo argomento in seno al 2° Congresso internazionale di oto-rino-laringologia, indetto a Madrid per il 1932. In coordinazione col Comitato internazionale, funzioneranno varii Comitati nazionali. Si è ora costituito quello italiano, composto dai proff.: Calamida presidente, Bilancioni, Citelli, Fratti, Genta, Lasagna, Malan, Piazza-Missorici, Pallestrini, Salaris, Torrini, Traina, vice presidenti; Carnevali-Ricci e Giussani, segretari. A relatori per l'Italia sono stati designati i proff. Umberto Luigi Torrini (via Cavour 81, Firenze 13), che tratterà l'anatomia patologica, e Alfonso Trimarchi (via dei Tribunali 8, Cremona), che tratterà la batteriologia e la patologia sperimentale; essi pregano i colleghi di far pervenire loro gli estratti dei propri lavori sull'argomento.

Congresso tedesco per gli studi sulla circolazione.

La « Deutsche Gesellschaft für Kreislaufforschung » si adunerà a Breslavia nei giorni 9 e 10 marzo. Temi: « Teoria dell'azione digitalica » (dott. O. Krayer, di Berlino); « Terapia digitalica » (prof. H. Pribram, di Praga); « Pro e contro le dosi massimali di digitale » (prof. H. Schäffer, di Breslavia). Le sedute avranno luogo nell'Istituto fisiologico (Maxstrasse 10). Per informazioni rivolgersi al Dr. Bruno Kisch, Kölm. a. Rh.-Lindenthel, Lindenburg, Germania.

Congresso medico cattolico ungherese.

Si è tenuto in occasione delle feste giubilari novecentenarie di S. Emerico d'Ungheria. Temi trattati: « Lotta contro le malattie sessuali »; « Contributo del medico al lavoro giuridico e spirituale in favore del mantenimento e della salvaguardia del matrimonio ».

Corso d'igiene e batteriologia a Bologna.

Col 2 marzo, presso l'Istituto d'Igiene della R. Università di Bologna, avrà inizio un corso teorico-pratico di perfezionamento in Igiene e Batteriologia per aspiranti ufficiali sanitari e direttori di Laboratori micrografici e batteriologici; a tale corso, della durata di un bimestre, potranno iscriversi i laureati in medicina, zooiatria, chimico-farmacia. Per schiarimenti e programmi rivolgersi al direttore dell'Istituto od alla Segreteria Universitaria (Facoltà Medica).

Centro internazionale di Studi superiori di igiene.

Il Consiglio della Società delle Nazioni ha accettato l'offerta del Governo francese di fondare a Parigi un centro internazionale di Studi Superiori di Igiene sotto gli auspici della Società delle Nazioni.

È noto che l'Organizzazione d'Igiene della Società delle Nazioni ha istituito, molti anni fa, un sistema di scambio di personale sanitario, al quale hanno già partecipato 600 igienisti appartenenti a più di 70 amministrazioni sanitarie, nonchè Corsi di Studi Superiori di Igiene, tenuti

sinora a Parigi e a Londra. La proposta del Governo francese tende a dare base permanente al sistema di collegamento fra gli igienisti dei vari Paesi del mondo.

L'insegnamento, impartito in francese, verrebbe affidato a eminenti specialisti di Paesi che hanno acquistato particolare importanza nella scienza e nella pratica dell'igiene. Il programma dell'amministrazione del Centro e la scelta dei professori verrebbero affidati a una Commissione nominata dal Comitato di Igiene della Società delle Nazioni, sotto la presidenza di un membro francese. La durata degli studi sarebbe di 6 mesi: tre mesi di corso col sistema « seminario » a Parigi, comprendente studi sopra luogo in alcune determinate regioni della Francia, e tre mesi di lavori pratici in altri Paesi.

L'Istituto di Patologia coloniale di Bologna.

È annesso alla Clinica Medica ed ha sede nell'Ospedale Sant'Orsola. Ha lo scopo d'istruire convenientemente i medici destinati alle nostre Colonie ed a quelle straniere e di svolgere un'adatta propaganda.

Vi sono istituiti corsi speciali per laureati in zooiatria, per laureati in medicina e chirurgia, per missionari, per infermieri ed infermiere coloniali, con lezioni teorico-pratiche tenute dagli assistenti della Scuola, da medici venuti dalle Colonie e da altri inviati ai Corsi dal Ministero della Guerra e della Marina.

Durante l'anno scolastico nell'Istituto saranno tenute conferenze da specialisti di malattie coloniali. Si è già organizzato un museo di medicina coloniale col materiale inviato dai medici delle Colonie e con le ricche collezioni della Scuola stessa. L'Istituto ha rapporti, oltre che con gli Istituti Italiani che si occupano di Colonie, con tutti gli Istituti coloniali stranieri.

È diretto dal prof. sen. Giacinto Viola. Insegnanti: prof. Giacinto Viola predetto per la clinica delle malattie coloniali, prof. Felice Pullè per la patologia coloniale.

Le lezioni e le esercitazioni del Corso infermieri, missionari, ecc. sono fatte dal prof. Pullè e dall'aiuto dott. Luigi Carlo Venturi, specialista in patologia coloniale.

Per le erbe officinali.

Al Senato venne discusso il disegno di legge per le erbe officinali. Il relatore, sen. Morpurgo, a nome dell'Ufficio Centrale, fece due raccomandazioni, una al Ministro delle Comunicazioni per ottenere una tariffa ridotta per il trasporto della materia prima, e l'altra al Ministro delle Finanze per ottenere una tassa di scambio minore di quella attuale, insostenibile per una materia così povera. L'oratore aggiunse una terza raccomandazione, perchè l'autorizzazione alla raccolta delle piante officinali venga dai Podestà accordata gratuitamente. Il sen. Amerò D'Aste raccomandò che si semplifichi quanto più è possibile la procedura dell'autorizzazione. Rispose l'on. Marescalchi, sottosegretario all'Agricoltura e Foreste, assicurando che, per ciò che riguarda il Ministero dell'Agricoltura e Foreste, le osservazioni saranno tenute nella massima considerazione; ricordò che l'emanazione del disegno di legge è stata resa necessaria da atti di vero e proprio vandalismo ai danni dell'industria erboristica nazionale.

Il nuovo Ospedale di Bergamo.

È stato ultimato il trasporto degli ammalati dal vecchio al nuovo Ospedale con automezzi della Croce d'Oro e della Croce Rossa.

I primari, gli aiuti e gli assistenti hanno ricevuto gl'infermi smistati nelle varie stanze dell'Ospedale che non è a grandi corsie come il vecchio.

Ospedale sanatoriale a Gorizia.

La Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali ha dotato Gorizia di un ospedale-sanatorio capace di 214 letti. L'istituto è a due piani, orientato a S. E.; sorge in posizione amena, su di un'area donata dalla provincia, estesa circa 40.000 mq., a non molta distanza dal centro (fra via della Scuola e la via che porta a S. Pietro) per modo che può essere servito dalle nuove fognature, dalle tubazioni di acqua potabile e dall'energia elettrica della città.

L'attività della Croce Rossa Italiana.

Il sen. Filippo Cremonesi ha pubblicato una estesa relazione sul funzionamento della C. R. I. durante gli anni 1928 e 29. Essa considera in particolare la lotta contro la tubercolosi, la lotta contro la malaria, l'assistenza all'infanzia, il pronto soccorso, l'assistenza infermiera. Ne emerge la molteplice e benefica attività dell'istituzione cui egli presiede e cui egli ha saputo imprimere un magnifico impulso.

In onore di Heymans.

Un gruppo di amici e allievi ha deciso di onorare il prof. J. F. Heymans in occasione del suo ritiro dall'insegnamento per avere raggiunto l'età di 70 anni. Un medaglione in bassorilievo verrà murato nell'Istituto di farmacodinamia di Gand, che è sua creazione. Inoltre gli verrà presentato un volume giubilare, contenente 54 memorie. Il Comitato è presieduto dal prof. van Ermengem; segretario-tesoriere ne è il Dr. Jean-J. Bouckaert, rue aux Loups 12, Gand, Belgio.

Un busto al prof. Rossoni.

L'11 corr., nell'Istituto di Patologia Medica di Roma, al Policlinico Umberto I, ebbe luogo la solenne inaugurazione di un busto al prof. Eugenio Rossoni, offerto dalla famiglia dell'estinto alla nostra Università.

La cerimonia si svolse in un ambiente di raccoglimento e di commozione. Il discorso ufficiale fu tenuto dal direttore dell'Istituto, prof. Zeri. Egli ha rievocato, con la sua alta parola, la figura del collega scomparso, rivendicando a lui il merito di aver fatto della patologia « sin'allora arida e fredda esposizione di schemi e di teorie » un insegnamento vivo, a carattere eminentemente dimostrativo, che « illustra nel malato il tipo morboso e lo fa vivere ». Egli fu il vero pioniere di quella che può chiamarsi « la nuova orientazione clinica della patologia ».

Il magistrale discorso dell'illustre patologo venne vivamente applaudito.

Seguirono il prof. Pennesi e il direttore del Policlinico prof. Galli, che entrambi esaltarono la figura del grande Maestro e come clinico e come uomo.

Anch'essi furono molto applauditi.

Assisteva alla cerimonia un foltissimo pubblico: oltre ai familiari del Rossoni, quasi tutti i professori della Facoltà con il preside prof. Busi anche in rappresentanza del Magnifico Rettore, molti aiuti e assistenti universitari e ospedalieri ed una vera folla di ammiratori e antichi allievi dell'illustre maestro.

Limiti d'età.

Nel 1931 le nostre Facoltà mediche perderanno due Maestri, perchè raggiunti dai limiti d'età: il prof. Eugenio Tanzi (Firenze) e il prof. Pietro Canalis (Genova).

Medici coloniali.

Per la prima volta il quadro stabilito dal Ministero delle Colonie del Belgio per i medici del Congo è al completo, essendosi raggiunto il numero di 321 posti occupati.

Invece nelle Colonie francesi il numero dei medici è insufficientissimo, non essendovi che 680 medici per una popolazione di circa 45 milioni di abitanti: tra essi vanno compresi 167 medici liberi esercenti.

(Da « Bruxelles-Méd. », 11 gen. 1931).

Le medichesse tedesche divengono legione.

Il numero delle medichesse in Germania è passato da 82 nel 1909 a 2562 nel 1929, ossia nel corso di un ventennio. A Berlino vi sono 476 donne che praticano la medicina. Nelle diverse facoltà mediche della Germania 3428 studentesse attualmente seguono i corsi di medicina; dal 1911 il numero delle iscritte è divenuto sette volte maggiore, mentre il numero degli studenti è solo raddoppiato. (« Paris Méd. », 10 gen.).

L'Accademia medica di Parigi contro le sedute di ipnotismo.

Il Consiglio Generale della Mosa, impressionato del pericolo che presentano i pubblici spettacoli d'ipnotismo, chiese il parere dell'Accademia di Medicina di Parigi, che incaricò una commissione composta dai proff. Babinsky, Claude, de Fleury, Guillain e Souques, di studiare il problema.

La relazione condanna gli esperimenti d'ipnotismo, perchè non possono che esercitare un'influenza dannosa; suscitano delle curiosità quanto meno inopportune, esaltano la sensibilità e la emotività di certi soggetti e favoriscono in essi lo sviluppo di nevrosi e di psiconevrosi. Inoltre accreditano l'idea che l'ipnotismo permetta di agire sulla volontà di altre persone, ciò che è contrario alla verità.

L'Accademia, approvando le conclusioni della relazione, ha espresso il voto che le pratiche d'ipnotismo vengano definitivamente vietate.

Distrazioni di chirurghi.

Il prof. Kanuches, direttore dell'Ospedale principale di Leningrado, considerato come uno dei maggiori chirurghi del Paese dei sovieti, aveva operato la giovane attrice Olga Keller; l'operazione si svolse benissimo, ma la paziente non ne risentì alcun benefizio, e perciò venne sottoposta, a sua richiesta, ad un nuovo intervento, subito dopo il quale morì. Lo stesso Kanuches praticò l'autopsia e riconobbe di aver dimenticato un pannolino nel ventre della paziente. Egli rassegnò immediatamente le dimissioni, che non sono state accettate.

Una contadina bulgara, di nome Elisabetta Alexandrova, del villaggio di Schvkow, era stata operata cinque anni or sono nell'Ospedale Municipale di Sofia; da qualche tempo soffriva di disturbi: la radioscopia dimostrò nell'addome la presenza di un corpo estraneo; si procedette prontamente ad un intervento, che permise di estrarre un paio di forbici, dimenticate nell'operazione precedente.

Intossicazioni da formaggio.

A Tizzana (Pistoia) si è prodotta una piccola epidemia d'intossicazione da formaggio avariato.

Nella stampa medica.

Un gruppo di medici, che fa capo al dott. Nando Bennati, ha ideato una « Antologia medica di arte e varietà », diretta e redatta unicamente da medici.

Sarà appoggiata dalla « Rivista di terapia moderna e medicina pratica », diretta dal prof. Prassitele Piccinini, la quale ha dato il primo impulso alla idea con l'« Iconografia medica italiana ».

L'Antologia uscirà dapprima come numero unico, monografico, destinato non solo ai medici, ma anche al pubblico in generale e specie agli intellettuali ed agli artisti; se l'accoglienza sarà favorevole, potranno susseguire altri fascicoli a data fissa.

La sede redazionale amministrativa sarà in via Porpora 15, Milano; e provvisoriamente presso l'Ufficio Stampa Medica Italiana, via Vallazze 39, Milano.

Richiesta di letteratura.

Il prof. N. J. Kouchtaloff, direttore della Clinica Ostetrica dell'Istituto Medico di Astrakhan (U. R. S. S., sud Russia), dovendo riferire nel prossimo settembre al IX Congresso Panrusso di Ostetricia e Ginecologia sul tema: « Le cure mediche dei cancri inoperabili dell'utero » rivolge viva preghiera ai medici italiani di inviargli il risultato delle loro osservazioni in proposito, rispondendo al seguente questionario: Nome dell'ospedale o della clinica, Metodi di cura dei cancri inoperabili (chirurgico, chimico, fisico, biologico, ecc.), Risultati ottenuti, Terapia medica con la data, il numero dei casi, l'età dei malati, la diagnosi istologica, la sostanza usata, il modo di applicazione e i risultati immediati e lontani.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Giorn. Med. dell'Alto Adige, ag. — E. MAURIZIO. Diagn. biolog. di gravid. — G. DEL FIONE. Meccanismo dell'epatoterapia nelle anemie gravi.

Rif. Med., 22 sett. — P. E. LIVIERATO. Uremia cronica. — T. TAMBURRI. Sindrome bantiana e infantilismo.

Haematol. — V. B. STRAMPELLI. Corpi di Heinz-Ehrlich. — A. FIESCHI. Elementi cellulari della linfa.

Ann. de Méd., lug. — M. LABBÉ. L'equilibrio idrico dell'organismo. — S. NEUMARK. Variazioni della glicemia nello shock. — F. BENOIST. Allergia gonococcica.

Gazz. d. Hôp., 27 sett. — R. LEVENT. Il carciofo.

Bull. Méd., 27 sett. — Numero di ostetricia.

Rev. Lat. Latino-Amer., giu. — P. ESCUDERO e M. E. VARELA. Esploraz. degli organi emopoietici.

Brit. Med. Journ., 27 sett. — J. S. PURDY. Migrazione e medicina.

Zbl. f. Tuberk., sett. — F. ODENBURG. Calcificazioni pleuriche. — G. FRISCHBIER. Collassoterapia bilaterale.

Zbl. f. Chir., 27 sett. — A. KOTZENBORN. Noduli di Schmorl simulanti tumore del midollo cervicale.

Arch. It. di Urol., sett. — A. MARSELLA. Rene unico congenito ectopico idronefrotico. — V. LUZZI. Vasi renali aberranti nell'uropiogenesi.

Mediz. Klinik, 26 sett. — C. v. NOORDEN. Trattamento della pigrizia intestin. — T. BRUGSCH. Malattie allergiche intestinali.

Mediz. Welt, 27 sett. — H. STRAUSS. Destino degli ipertesi. — A. HEISLER. Le mele crude negli stati diarroici.

Münch. Med. Woch., 26 sett. — BECHER. L'anemia nelle nefropatie — LANDAU. Infezione tbc. in una scuola.

Presse Méd., 24 sett. — A. JACQUELIN. Il tipo morfologico resistente alla tbc.

Acta Med. Scand., V. — T. E. HESS THAYSEN e K. ROHOLM. Iniezioni endoven. d'insulina. — K. WEBER. Polso venoso alternante. — A. F. LINDBLOM. Anat. e fisiol. del pneumot. terap.

Indice alfabetico per materie.

V. ASCOLI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXVIII Roma, 2 Febbraio 1931 - IX Num. 5

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Clinica Oculistica della R. Università di Genova.
Direttore: prof. ORLANDO PES.

Sulle emorragie retiniche da ipertensione essenziale e su di un loro probabile «tasso critico» di P. A. (1)

per il dott. VINCENZO GUALDI, aiuto volont.

Le ricerche cliniche da noi compiute hanno dimostrato nel campo oculare che le emorragie retiniche nell'ipertensione essenziale possono avvenire sia nella zona centrale che nelle zone periferiche per rottura di vasi arteriosi anche cospicui situati negli strati più interni della retina, in uno o contemporaneamente nei due occhi, insieme possono comparire stravasi sanguigni per rottura di capillari; le uniche alterazioni vasali apprezzabili e non in tutti i casi e che sono da giudicarsi preesistenti e causate molto probabilmente dal solo aumento della pressione del sangue consistono nella tortuosità e dilatazione sia delle arterie che delle vene retiniche. Il quadro oftalmoscopico negli ipertesi con alterazioni cardio-vascolari non cambiò notevolmente. Negli ipertesi essenziali con emorragie retiniche non sono state riscontrate alterazioni a carico dei capillari della congiuntiva.

Alla diagnosi di «ipertensione essenziale» nei cinque casi studiati si arrivò in seguito alle ricerche cliniche dalle quali risultò in tre casi l'esame obiettivo generale completamente negativo e in due furono riscontrate alterazioni a carico dell'aorta e del cuore, secondarie alla ipertensione, che si trovò grande in un caso e media negli altri quattro, ma che non superò mai i 280 mm. di Hg. nella massima con grande labilità della P. A. e con ampie e brusche oscillazioni anche per solo cause psichiche, così da esigere per la

(1) Comunicazione fatta al VI Congresso della Società Italiana di Oftalmologia, Roma, 22-24 ottobre 1930.

misurazione una tecnica speciale e particolari precauzioni.

Le ricerche etiologiche dimostrarono l'assenza del fattore sifilide, l'insufficiente importanza del fattore menopausa e il notevole valore del fattore ereditario.

Le ricerche patogenetiche accertarono l'assenza di lesioni renali provata dagli esami di urine e del sedimento negativi, dalla azotemia sempre normale, dall'ottima funzionalità renale; l'assenza di lesioni vascolari periferiche provata dal risultato delle esperienze sulla capacità funzionale delle arterie e confermato dall'esame capillariscopico del limbus ungueale e della congiuntiva.

Le ulteriori ricerche patogenetiche fondate sullo studio del meccanismo regolatore della P. A. rivelarono uno squilibrio del sistema neuro-vegetativo, che si estende sul simpatico e sul para-simpatico, dimostrato dall'esame del R.O.C. e dalla prova dell'adrenalina e disturbi a carico del metabolismo umorale, provati da una ipercolesterinemia e da una iperglicemia a digiuno (metabolismo degli idrati di carbonio), infine alterazione dello stato fisico-chimico del sangue, dallo studio del quale se è risultata normale la riserva alcalina è stata posta in evidenza invece una diminuzione del tasso del Ca. e un aumento di quello del K.

Le conclusioni diagnostiche che abbiamo tratto da queste ricerche concordano con il concetto attualmente emesso da molti AA. che l'I.E. ha per substrato queste alterazioni del metabolismo umorale che sono capaci di azionare il sistema surrenale e di causare la rottura dell'equilibrio fisico-chimico del sangue, di irritare così il sistema neuro-vegetativo: quest'ultimo in definitiva agirebbe sui vasi periferici senza che si possa precisare meglio per quali modificazioni vasali esatte si realizzi l'ipertensione arteriosa. Le alterazioni del metabolismo umorale sono certamente sotto l'influenza delle ghiandole endocrine.

Le diagnosi di I.E. posta all'inizio in base alle ricerche cliniche etiologiche e patogenetiche si è conservata saldamente durante il decorso in 3 casi (I, III, IV) dove anche il comportamento del tracciato sfigmomanometrico ha corrisposto a quello descritto come tipico dal Fahrenkamp, sia per l'aspetto delle oscillazioni della P.A. che per la loro dipendenza dalle influenze fisiche (specialmente ormoniche) e psichiche, mentre negli altri due casi, pur riconoscendo le lesioni cardio-aortiche, come secondarie alla I.E., non si riscontrò un decorso veramente caratteristico.

Se nel caso I la Mx e la Mn assunsero un andamento convergente, negli altri questo si mantenne divergente in media. Un aumento della minima non proporzionale alla massima, in tutti i casi ha sempre segnato l'inizio di un peggioramento.

In tutti i casi le manifestazioni emorragiche sia retiniche che cerebrali non furono in diretto rapporto con un elevato tasso permanente di pressione, ma bensì con un brusco aumento temporaneo della stessa. Poichè in qualche caso abbiamo avuto la possibilità di misurare la P.A. a poche ore di distanza dalla comparsa della emorragia retiniche, controllata con l'esame oftalmoscopico, si è potuto registrare esattamente il tasso P.A. corrispondente alla emorragia stessa come esempio:

CASO I.

Emorr. ret.: 2° (26 ag. 1929) Pr. Mx 250, Mn 130
» » 3° (23 sett. ») » » 240, » 130
» » 4° (18 ott. ») » » 250, » 135
» » 5° (8 nov. ») » » 250, » 150
» » 6° (11 dic. ») » » 240, » 130

CASO IV.

Emorr. ret.: 2° (3 feb. 1930) Pr. Mx 220, Mn 120

CASO V.

Emorr. ret.: 1° (1° feb. 1930) Pr. Mx 230, Mn 125
» » 2° (26 feb. ») » » 230, » 115

Come si può rilevare dallo specchio precedente in ogni caso l'emorragia retinica è comparsa ogni qualvolta la P.A. superava un dato limite. Si deve perciò ammettere che per ogni ammalato di ipertensione essenziale esiste un tasso di pressione critico che è l'indice della resistenza dei vasi retinici. È supponibile che anche nelle altre malattie accompagnate da ipertensione (nefrite cronica, arterio-sclerosi generalizzata) abbia una certa importanza nella patogenesi dell'emorragia retinica ma non si può pensare che anche in esse possa esistere tale tasso critico costante della P.A. come nella ipertensione essenziale in quantochè nelle prime l'E.R. è in dipendenza sopratutto delle alterazioni più o meno gravi dei vasi, che sono assai variabili a seconda del decorso della malattia, mentre invece in quest'ultima tali alterazioni non sono state finora notate.

E allora, si potrebbe obiettare, in tutte le I.E. il tasso critico di P.A. dovrebbe essere lo stesso. Ciò non è logico se si considera l'età differente dei soggetti che certamente ha una grande influenza sullo stato delle pareti vasali e anche la durata della malattia.

Si potrebbe anche domandare quale influenza può esercitare sui vasi lo stato di ipercolesterinemia e di iperglicemia constatato nei nostri pazienti e in genere in tutti gli ipertesi essenziali e se in essi esista un diretto rapporto tra la quantità di tali sostanze contenute nel

sangue e la comparsa delle emorragie retiniche. Sono note le ricerche compiute da vari AA. sull'influenza del tasso di colesterina e di glucosio contenuto nel sangue nelle malattie oculari. Tra questi recentemente il Magnasco e il Collevati, pur non potendo negare che la iperglicemia e la ipercolesterinemia possano avere una certa importanza nella genesi delle retiniti, non credono di poter asserire che da sole siano in grado da provocarle.

Per cercare di chiarire questo punto ho messo a confronto l'età dei vari soggetti, la pressione critica media, che ha dato luogo alle emorragie retiniche, il numero delle volte che si sono ripetute e il tasso di glucosio e di colesterina riscontrato in ciascun caso.

Num. del caso	ETA'	N. delle Emorr. retin.	Pressione critica media massima	minima	Glicem. °/oo	Colest. °/oo
I	41	6	240-250	130-150	1,28	1,98
IV	62	2	220	120	1,20	—
V	55	2	230	120	0,77	1,98

Dal quadro si ricava che la pressione critica si abbassa coll'aumentare dell'età e che non vi è alcun rapporto di dipendenza fra tasso glicemico e colesterinemico, il numero delle emorragie e la pressione critica.

Il concetto di pressione critica della emorragia retinica ha indubbiamente un valore rilevante nell'ipertensione essenziale sia agli effetti della prognosi che della cura, se si consideri che una volta stabilito tale tasso critico dopo la prima emorragia, o anche senza che ne siano avvenute in base all'età del paziente e all'andamento della malattia, si possono mettere in opera tutti i mezzi terapeutici per impedire alla P. A. di raggiungere il tasso fatale per l'organo della vista e anche a più o meno breve scadenza per la vita del paziente, giacchè come si può arguire dal caso I che morì di emorragia cerebrale dopo 6 emorragie retiniche recidivanti, le recidive frequenti delle E.R. sono il segnale di una prossima emorragia cerebrale il cui tasso critico è molto probabilmente da supporre uguale o lievemente superiore a quello delle emorragie retiniche.

Per quanto riguarda la cura, con speciale riguardo ai preparati a base di lupanina e chinazolina (1), che abbiamo voluto usare nei nostri ammalati come nuovo tentativo di terapia ipotensiva, possiamo affermare che tali sostanze medicamentose hanno dato buona prova in genere negli ammalati di ipertensione essenziale pura, mentre non ne hanno dato affatto o assai scarsa anche a dosi elevate in quelli con complicanze cardio-vascolari.

Nei casi di ipertensione essenziale senza complicanze la cura ipotensiva con tali sostanze, è stata capace di abbassare temporaneamente la P.A. fino a 30-40 mm. di Hg. per volta e in due casi più lievi di influenzare benignamente l'ulteriore andamento della malattia.

In terapia oculare tale rimedio potrà essere indicato sia in via d'urgenza che come preventivo in casi di emorragie retiniche da ipertensione arteriosa essenziale sopratutto per impedire le brusche oscillazioni tendenti a superare il tasso critico di P.A. In questi casi è consigliabile usare sempre la dose massima da noi stabilita (4 c.c.). Dato che esso è ben tollerato dall'organismo può essere usato anche per lunghi periodi di tempo a dosi medie (2 cc.) nei casi lievi per tentare una cura di fondo. (Ogni c.c. contiene gr. 0,0325 di chinazolina e gr. 0,0015 di lupanina).

Nei casi con complicanze cardio-vascolari può essere usato come caodiuvante in dosi massive quando si abbia interesse a diminuire temporaneamente il tasso di P.A. ma deve essere sempre accompagnato dalle solite medicazioni sintomatiche (cardio-tonica ecc.).

Concludendo: Le ricerche cliniche, etiologiche, patogenetiche praticate in 5 soggetti con emorragie retiniche e ipertensione arteriosa provarono:

1) La necessità di riconoscere l'esistenza di una « ipertensione essenziale » dato il risultato negativo dell'esame obiettivo generale, l'assenza di lesioni renali e di lesioni vascolari periferiche.

2) La influenza notevole esercitata dal fattore ereditario sulla etiologia, dallo squilibrio del sistema neuro-vegetativo (riflesso oculo-cardiaco, prova dell'adrenalina), dalle alterazioni del metabolismo umorale (iperglicemia, ipercolesterinemia) e dello stato fisico-chimico del sangue (ipocalcemia) sulla patogenesi di tale ipertensione essenziale. (Le alterazioni del metabolismo umorale sono da supporsi certamente in dipendenza di uno squilibrio endocrino).

3) La diretta dipendenza delle emorragie retiniche dalle brusche oscillazioni della P.A., caratteristiche della forma essenziale, senza che siano dimostrabili alterazioni precedenti dei vasi e delle membrane oculari.

L'osservazione e lo studio del decorso praticato per un lungo periodo di tempo:

(1) Ambedue studiate dal Valenti, la seconda preparata dal chimico Maffei.

1) hanno confermato i risultati delle precedenti ricerche cliniche, etiologiche e patogenetiche, mettendo in luce l'importanza diagnostica e prognostica delle grafiche sfigmomanometriche ottenute con misurazioni sistematiche e precise della P.A.

2) hanno portato un contributo alla conoscenza della patogenesi delle emorragie retiniche stabilendo per ciascun caso nelle forme di ipertensione essenziale un « tasso critico di pressione », indice della resistenza vasale e in dipendenza sopratutto dell'età del paziente, di indubbio valore prognostico.

3) hanno messo in evidenza l'opportunità di usare vantaggiosamente come cura preventiva e di fondo della terapia ipotensiva pura medicamentosa, essendo stati ottenuti buoni risultati con preparati a base di lupanina e chinazolina, specialmente nelle forme di ipertensione essenziale con emorragie retiniche senza lesioni cardio-vascolari.

RIASSUNTO

L'A. con ricerche cliniche, etiologiche, patogenetiche, su cinque casi di ipertensione essenziale con emorragie retiniche e con lo studio del decorso di essi, suffragato da una registrazione sistematica del grado della P.A. che gli ha permesso di ottenere delle precise grafiche sfigmomanometriche e prolungato per un lungo periodo di tempo, durante il quale ha anche compiuto un tentativo di terapia ipotensiva razionale con esito abbastanza soddisfacente, ha portato un contributo alla etiologia, alla patogenesi e alla terapia di questa affezione morbosa con particolare riguardo alle manifestazioni oculari (1).

(1) Per maggiori particolari sull'argomento e bibliografia si consulti: « Le emorragie retiniche da ipertensione essenziale » dello stesso A., lavoro che comparirà sui prossimi fascicoli di « Lettura oftalmologica ».

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Policlinico Umberto I in Roma - Padiglione IX.
Primario: prof. GIUSEPPE BASTIANELLI

Sindrome emorragica in infezione malarica acuta primaverile

per il dott. DANILO CECCARELLI

È nota da tempo la frequenza delle emorragie nelle febbri malariche gravi estive-autunnali: emorragie puntiformi possono occorrere nella pelle, nelle mucose, nel cervello, nella retina ecc.; talora si verificano perniciose il cui sintomo grave e minaccioso è costituito soltanto dalle emorragie, che si manifestano non solamente nella pelle, ma anche nelle mucose del naso, della bocca, dei bronchi, dell'intestino ecc.

Non solamente nei casi di estivo-autunnale si possono manifestare emorragie; recentemente (1921) Brauer ha descritto emorragie petecchiali anche in casi di terzana primaverile.

Vere porpore generalizzate sono state osservate e descritte dagli AA. nella infezione malarica sia primitiva che cronica (Bastianelli G. e Bignami A., Spolverini, Miron, Paisseau G. e Lemaire H., Rathery e Levy, ecc.).

L'apparizione di emorragie in soggetti affetti da malaria è spesso precoce, come hanno constatato G. Paisseau e H. Lemaire. La venuta può osservarsi, secondo tali autori, tra il primo settenario e il secondo mese delle manifestazioni cliniche.

In alcuni malarici cronici si hanno ad ogni accesso febbrile emorragie del naso ed emorragie cutanee. Rathery e Levy riportano un caso di un malarico di antica data, in cui si ebbero delle poussées di porpora generalizzata a elementi quasi mostruosi, recidivante e ciascuna di queste recidive sembra condizionata ad una crisi di malaria. Gli AA. fanno notare che non tutti gli accessi malarici determinano poussée di porpora; queste sembrano venire quando gli accessi sono particolarmente violenti e si producono con una certa periodicità.

La patogenesi di queste emorragie è interpretata variamente dagli autori. Secondo alcuni esse sono dovute ad accumuli di parassiti in alcune aree vascolari (trombosi parassitarie) e alle lesioni degli endoteli vasali che a quelle seguono (degenerazione grassa, pigmentazione, distacco degli endoteli).

Per alcuni (Spolverini) la infezione malarica deve interpretarsi come una malattia predisponente.

Fränkel ha trovato invece in biopsie della pelle fini rami arteriosi occlusi dai leucociti ed in parte da masse ialine contenenti cellule alterate e mescolati residui di cromatina; egli avrebbe constatato anche alterazioni della parete arteriosa.

Non dobbiamo credere che ogni diatesi emorragica la quale si manifesti durante l'infezione malarica cronica, deve rappresentare necessariamente un sintomo della malattia fondamentale. Fino dal 1890 Bastianelli e Bignami descrivono un caso di infezione malarica cronica (da parassiti calciformi), nel quale l'infermo anemico presentò per 4 mesi oltre attacchi irregolari di febbre, periodi di parecchi giorni nei quali aveva emorragie: queste si verificavano sulla pelle del tronco e degli arti, dalla mucosa del naso, dalla lingua, dal palato molle e dalle gengive; si trovò anche sangue nelle deiezioni e uscì sangue dalle orecchie. Gli osservatori ricordati inclinano a ritenere che in questo caso si avesse la complicazione di una discrasia o infezione emorragica, perchè le emorragie continuarono abbondanti anche dopo che erano stati vinti con il rimedio specifico gli accessi febbrili; e perchè l'esame ripetuto del sangue dimostrò scarsezza di piastrine, dato questo che oggi ha acquistato un grande valore diagnostico.

Difatti, mentre dapprima si era stabilita una classifica delle porpore in base ai criteri clinici, in seguito gli accurati esami del sangue hanno insegnato che in certi casi di porpora ci sono poche piastrine e che il coagulo che si forma all'atto della coagulazione non si retrae come di norma. Questo fatto constatato già da molti anni da Denys, Hayem, poi Bensaude e Rivet, è stato recentemente confermato da molte parti (Duke, Glanzmann, Hess, Fonio, Frank, Kaznelson, Schultz). Sopratutto E. Frank ha creato la concezione clinica della trombopenia essenziale, che corrisponde al morbo di Werlhof e separati i casi relativi dalle altre forme di porpora.

Molte sono le classificazioni proposte per le porpore, che rispecchiano i diversi concetti patogenetici i quali di volta in volta godettero maggior favore (Glanzmann, Pfaundler e Von Seht, Morawitz, Frank, Leschke e Wittkover, ecc.). Nelle diatesi emorragiche possiamo ora ritenere ben distinte oltre la emofilia e lo scorbuto, il morbo maculoso di Werlof o trombopenia essenziale di Frank, il morbo di Schoenlein-Henoch o peliosi reumatica, e le porpore sintomatiche, che si osservano: 1) in certe gravi emopatie, 2) nelle endoteliosi, 3) in certe malattie infettive, negli avvelenamenti, nelle avitaminosi, ecc.

La diagnosi differenziale delle varie porpore, si basa oltre che sul rilievo dei dati anamnestici e dei sintomi, sopratutto sul reperto ematico (comportamento delle piastrine) e su alcune prove speciali (tempo di emorragia, retrattilità del coagulo, prova del laccio, del martello ecc.). Il valore del comportamento delle piastrine e delle prove speciali nella diagnosi differenziale delle porpore, viene riassunto da Curschmann nel seguente specchietto:

Malattia	Etiologia - Decorso	Coagulaz. del sangue	Tempo di stillicidio	Prove di Kock e del laccio	Piastrine
Emofilia	Ereditaria, tutta la vita	Molto prolungata	Modicamente prolungato	Negative	Normali
Scorbuto, M. di Möller-Barlow	Avitaminosi (Vitamina C.), acuto e subacuto	Normale	Normale	Fortemente positive	Normali
Mal. di Werlhof	Costituzionale; cronico con esacerbazioni	Per lo più normale	Molto prolungato	Positive	Molto diminuite
Porpora (essenziale, reumatica, anafilattoide di Henoch)	Infettiva; acuta e subacuta, con esacerbazioni - per lo più febbrile	Normale	Normale	Positive	Normali
Diatesi emorragiche secondarie, rispettivam. sintomatiche	Anemie, leucemie, infezioni acute e e croniche, colemia, splenomegalia, nefrite	Non prolungato	Per lo più normale	Positive	Nelle anemie gravi perniciose e leucemiche diminuite; transitoriamente anche nel tifo, avv. da benzolo, ecc.

Crediamo utile pubblicare il caso seguente sia perchè si tratta del manifestarsi di una sindrome emorragica in una infezione malarica acuta primaverile, sia perchè le osservazioni cliniche e le ricerche eseguite ci portano a delle considerazioni interessanti.

Storia clinica. — Ragazzo di anni 14: proviene dalla tenuta Cervara sulla via Tiburtina, dove risiede. Genitori viventi e sani. Nulla nell'anamnesi famiiare. Non ricorda malattie precedenti. Verso la fine di giugno 1928 è stato colto da brivido di freddo, cui segue febbre alta che si protrae per 3-4 giorni senza intermittenza; poi un giorno (o poche ore? sembra dal mattino alle ore 15) di apiressia, tanto da permettere al paziente di ritornare al lavoro. Poi di nuovo brivido e febbre alta il 4 luglio. Al mattino seguente (5 luglio) sono comparse sulla cute delle macchie scure di colorito vinoso della grandezza da una testa di spillo ad una lenticchia. Il paziente ha avuto epistassi; non reumatalgie, nè turbe gastro-intestinali; avrebbe emesso delle urine di colorito scuro. Entra nel nostro reparto il 6 luglio; è stato chininizzato dal medico curante.

Esame obbiettivo. — Stato di nutrizione piuttosto scadente. Sulla cute di tutto il corpo, fatta eccezione del volto, si osservano delle macchie di una grandezza che va da una testa di spillo ad una lenticchia, non rilevate, che non scompaiono alla pressione, di colorito tra il rosso vinoso e il rosso scuro e che sono specialmente accentuate al tronco e più specialmente alle regioni lombari, ove a sinistra confluiscono in una chiazza emorragica di circa un centimetro e mezzo nella sua lunghezza massima. Herpes labialis. Lingua umida, leggermente impaniata. Nulla a carico della mucosa buccale, tranne una gengivite da tartaro. La temperatura che alle ore 15 è di 37°,1 sale alle ore 24 a 39°,6. *Apparato linfoghiandolare*: piccole, numerose e spostabili al collo, alle ascelle e agli inguini. *Apparato respiratorio*: confini polmonari normali; nulla di patologico alla percussione ed alla ascoltazione. *Apparato circolatorio*: itto al 5° spazio intercostale sulla emiclaveare; altri limiti normali; all'ascoltazione toni puri su tutti i focolai. Polso radiale normale per ritmo e frequenza, a pressione piuttosto bassa. *Addome*: modicamente tumido (infantile), trattabile, indolente. *Milza*: limite superiore alla 8ª costa sull'ascellare media; esce dall'arco costale sul prolungamento della emiclaveare. Il polo inferiore arriva a circa 6 centimetri al disotto dell'arcata costale nel suo punto più basso; a 6 cm. a sinistra della linea mediana nel suo punto anteriore; la superficie è liscia, la consistenza aumentata. *Fegato*: si palpa il margine inferiore liscio e tagliente a circa un dito dall'arcata costale; il limite superiore è alla 5ª costa sull'emiclaveare. *Sistema nervoso*: nulla a carico dei nervi cranici; pupille uguali, bene reagenti alla luce e all'accomodazione; nulla a carico della motilità; sensibilità superficiale e profonda normale.

Esame delle urine: albumina e sangue assenti; così pure il glucosio e l'emoglobina sono assenti; il sedimento è negativo.

L'*esame del sangue* dal punto di vista dei plasmodi malarici è positivo: si notano rari parassiti della terzana benigna, adulti, prossimi alla divisione.

Emometria: globuli rossi 3.600.000; gl. bianchi 5.000; emoglobina (Gowers) 62; valore globulare 0,86.

Formula leucocitaria: polinucleati neutrof. 50 %; basofili 0 %; eosinofili 4 %; monociti 24 % linfociti 22 %.

All'esame morfologico: anisocitosi e poichilocitosi.

La conta delle piastrine non si riesce a praticare, data l'assenza quasi completa di esse.

Esami collaterali: Prova di Duke o tempo della emorragia: dopo la puntura sia al dito che al lobulo dell'orecchio, l'emorragia si arresta solo dopo 30 minuti. La prova della stasi provocata è positivissima: circa 10 minuti dopo aver applicato un laccio di gomma al braccio poco al disopra della piega del gomito, compaiono numerosissime emorragie puntiformi nella zona congesta. Anche la prova del martello è positiva: percuotendo con un martelletto la cute in corrispondenza della regione sternale, si forma un ematoma. Il tempo di coagulazione è normale. La retrazione del coagulo avviene molto lentamente.

Già i caratteri degli accessi febbrili rilevati dall'anamnesi (febbre intermittente con brivido iniziale), e i dati dell'esame obbiettivo (milza aumentata di volume, herpes labialis) ci avevano fatto pensare ad una infezione malarica; l'esame del sangue ce ne ha dato la conferma, in quanto ci ha rilevato i parassiti della terzana primaverile.

Ma la sindrome emorragica a quale forma di porpora appartiene? Dalle ricerche eseguite si esclude subito che possa trattarsi di emofilia: è caratteristica di questa l'eredità, e il tempo di coagulazione è prolungato. Si esclude anche lo scorbuto per l'assenza di alterazioni della mucosa buccale; inoltre nello scorbuto le piastrine non sono diminuite di numero e il tempo di emorragia è normale. Vi sarebbero invece tutte e tre le condizioni caratteristiche, di cui si compone, secondo Frank, la sindrome clinica di Werlhof, che egli denomina trombopenia essenziale: 1) un complesso sintomatico spontaneo (emorragie nel tessuto della pelle); 2) fenomeni provocabili (prova della stasi provocata positiva, prova del martello positiva, ecc.); 3) alterazioni della formula ematologica e della coagulazione del sangue (piastrinopenia, ritardo della retrazione del coagulo).

Ma vediamone il decorso clinico:

7 luglio: nella mattina cessa la febbre con sudorazione (la febbre non si ripete più fino al 2 agosto). Sospendiamo la cura chininica.

8 luglio: la eruzione di porpora ha raggiunto il suo acme.

9 luglio: le macchie di porpora si vanno impallidendo e non sono comparse delle nuove.

13 luglio: le macchie di porpora sono quasi scomparse.

29 luglio: il paziente non ha più avuto manifestazioni di porpora. L'esame del sangue ci dà ancora una diminuzione straordinariamente notevole delle piastrine: 8.600.

Emometria: globuli rossi 3.540.000; gl. bianchi 4.000; emoglobina 65; indice colorimetrico 0,93.

L'esame della formula leucocitaria e l'esame morfologico non denotano modificazioni dalle precedenti ricerche.

2 agosto: il paziente ha un tipico attacco febbrile terzanario, che si ripete il giorno appresso. L'esame del sangue prelevato il giorno 2 durante l'accesso febbrile dimostra: numerosi parassiti della terzana: forme giovani, forme mature, forme gametiche. Si somministra il chinino alla dose di un grammo e si ripete tale dose nei giorni successivi; non si hanno più accessi febbrili in seguito. Nessuna manifestazione emorragica accompagna gli accessi febbrili.

14 agosto: comparsa di nuovo in corrispondenza degli arti superiori ed inferiori di una eruzione di porpora; questa volta è meno intensa della precedente e scompare dopo qualche giorno; la manifestazione emorragica non si accompagna ad elevazione febbrile.

22 agosto: la prova del laccio è ancora positiva. Le piastrine sono sempre straordinariamente scarse.

2 settembre: il paziente non avendo avuto più alcun disturbo, viene fatto uscire dal reparto.

Il paziente è riveduto dopo 5 mesi; dopo il suo egresso dal reparto ha continuato per un mese la cura chininica; non ha più presentato manifestazioni emorragiche. L'esame del sangue ci dimostra che esso è ritornato al normale sia rispetto al numero delle piastrine, sia rispetto agli altri elementi.

Dallo studio clinico risulta che, sebbene la prima eruzione di porpora coincidette cogli accessi certamente malarici, c'è una indipendenza netta tra i secondi accessi febbrili e la seconda manifestazione emorragica. Volendo infatti trovare se tale diatesi emorragica fosse in dipendenza o meno degli accessi febbrili, abbiamo sospeso il giorno 7 luglio la cura chininica: il paziente ha presentato pertanto il 2 e 3 agosto due tipici accessi febbrili, non accompagnati da alcuna manifestazione emorragica; questa compare invece 12 giorni dopo e precisamente il 14 agosto, mentre il paziente è in pieno periodo apirettico. Questa indipendenza appare bene manifesta nella grafica riportata (vedi grafica).

Un altro quesito si presenta, se cioè il chinino somministrato a scopo curativo, possa avere determinato tale porpora. È noto infatti che i sali di chinino possono produrre anche a dosi terapeutiche ordinarie, oltre numerosi danni, emorragie della cute; questi danni sono la conseguenza di una idiosincrasia generalmente congenita in alcuni individui, perchè soglionsi ripetere ad ogni somministrazione del rimedio (Marchiafava). Lo stesso Marchiafava ricorda una inferma che dalla somministrazione di chinino aveva sempre coliche uterine e metrorragie. Nel caso da noi osservato non c'è stato alcun rapporto tra somministrazione di chinino ed eruzione di porpora: sospeso di fatto il chinino il giorno 7 luglio, lo abbiamo nuovamente somministrato dopo circa un mese e precisamente il 2 agosto; orbene tale somministrazione non è stata accompagnata da alcuna manifestazione emorragica, la quale si è presentata invece il 14 agosto. Nè abbiamo notato dopo sospeso il chinino cioè dal giorno 7 luglio fino al 2 agosto modificazioni nel numero delle piastrine; il paziente è rimasto sempre fortemente trombopenico: la conta delle piastrine il 29 luglio dimostrava che esse erano sempre straordinariamente scarse (8.600).

Questa trombopenia così accentuata è certamente il dato di fatto più importante, se non unico, per la genesi della porpora presentata dal nostro ammalato. Tale reperto non è affatto frequente nella infezione malarica; le osservazioni di Marchiafava, Celli e Guarnieri, dimostrano che nella malaria vi è anzi un aumento delle piastrine, fatto questo confermato anche da Bastianelli e Bignami. Fornaca e Degwitz osservarono che le piastrine diminuiscono durante il brivido, e ancor più nel periodo della febbre, mentre nella crisi cominciano ad aumentare.

Nè la piastrinopenia osservata nel nostro caso è in rapporto con uno stato di anemia perniciosa, la quale si può manifestare oltre che nella infezione malarica cronica, anche in principio della infezione (Bignami e Dionisi).

Invece l'esame del sangue, tutte le prove speciali e il quadro clinico deporrebbero, come abbiamo sopra veduto, per un morbo di Werlhof; difatti anche il tempo di stillicidio è stato molto prolungato (minuti 30), mentre nelle porpore sintomatiche in genere è per lo più normale.

Potrebbe pertanto trattarsi di una trombopenia essenziale, che si è manifestata in coincidenza di una infezione malarica acuta, la quale avrebbe agito tutto al più come condizione favorevole.

Molti autori descrivono nel m. di Werlhof una forma cronica ed una acuta (Frank, Glanzmann, ecc.). Anche Leschke e Wittkower distinguono nel m. di Werlhof accanto ad una trombopenia costituzionale, che rappresenta una vera diatesi a carattere familiare, una trombopenia acquisita: questa comprende quei casi in cui la malattia si manifesta molti anni dopo la nascita; e di questi casi c'è una forma cronica ed una acuta; più frequente nei giovani, si insedia talvolta in seguito ad altre malattie; non di rado si esaurisce con un unico attacco di porpora.

Lo stesso Frank ammette l'intervento di qualche fattore accidentale perchè la diatesi trombopenica possa rendersi palese. Glanzmann che comprende nel m. di Werlhof, oltre la forma cronica intermittente una forma acuta e il morbo — maculoso fulminas — pone a base di queste forme la incapacità costituzionale del sistema piastrino-poietico, incapacità che nelle forme acute può rimanere latente per lungo tempo, e rendersi palese in determinate condizioni; condizione che nel nostro caso potrebbe essere rappresentata appunto dalla infezione malarica.

Altri AA. attribuiscono importanza decisiva, almeno in certi casi, per il manifestarsi del m. di Werlhof a fattori acquisiti condizionali, rappresentati per esempio per Schupfer dalla tubercolosi, per Naëgeli da processi infiammatori banali.

Ma occorre riflettere che per altri autori non meno autorevoli (Morawitz, Ceconi ecc.) è soltanto la trombopenia cronica, che decorre per anni e decenni quella che viene considerata come unità morbosa ben definita, in qualità di malattia endogena. Tutte le sindromi trombopeniche acute, transitorie, sono considerate a parte. In molte malattie infettive sono state osservate porpore con deficienza delle piastrine; tali trombopenie sintomatiche vengono spiegate ammettendo effetti tossici sul midollo osseo, sulla milza, sui vasi.

Dovremmo ammettere pertanto che l'infezione malarica abbia determinato un danno a carico del midollo osseo e specialmente dei megacariociti, progenitori delle piastrine o a carico della milza sia aumentandone l'attività piastrinolitica sia esaltando un'azione ormonale inibitrice sul midollo osseo, donde trombopenia, che per alcuni autori costituisce da sola l'elemento per determinare una porpora (Frank).

Si potrebbe anche pensare ad un'azione dell'infezione malarica sulla parete vasale, alla quale, come è noto, molti attribuiscono grande importanza nella genesi delle porpore; come anche un'azione sugli organi regolatori del ricambio lipoideo che pure, secondo recenti ricerche (Morelli), sarebbero compromessi nelle porpore emorragiche.

Questa alterazione dei vari organi accertati o supposti responsabili delle porpore, potrebbe nella infezione malarica essere determinata non tanto dall'azione meccanica (trombosi parassitaria) quanto dalla messa in libertà di sostanze endotossiche e per la distruzione di parassiti malarici e per la degenerazione delle cellule del tessuto in seguito ad immediata azione delle tossine.

È difficile nel caso da noi osservato stabilire se la sindrome emorragica debba considerarsi come un morbo di Werlhof verificatosi in coincidenza di una infezione malarica oppure dobbiamo ritenerla connessa alla infezione malarica stessa. Vi sono argomenti che deporrebbero sia per l'una eventualità che per l'altra; per la prima: l'indipendenza della eruzione di porpora dagli accessi febbrili e il reperto delle prove speciali e del sangue, sopratutto la trombopenia spiccatissima; per la seconda eventualità: la transitorietà della porpora (la manifestazione emorragica si è esau-

rita con due soli attacchi) e il concetto che debba considerarsi come trombopenia essenziale soltanto quella cronica che decorre per anni e decenni.

In ogni modo abbiamo creduto opportuno illustrare questo caso di sindrome emorragica, manifestatasi in occasione di una infezione malarica acuta e per di più primaverile, cosa abbastanza rara per quanto ci risulta.

Inoltre in questo caso abbiamo potuto mettere in evidenza l'indipendenza tra la eruzione di porpora e la somministrazione di chinino, tra l'eruzione di porpora e gli accessi febbrili; per tanto possiamo escludere che la porpora presentata dal nostro paziente sia dovuta, come vorrebbero alcuni AA., ad accumuli di parassiti in alcune aree vascolari e alle conseguenti lesioni degli endoteli, potendo ammettere un rapporto indiretto con la infezione malarica.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce di un caso di porpora trombopenica occorso in una infezione malarica acuta primaverile; la porpora allo studio clinico, all'esame del sangue ed alle prove speciali ha presentato reperti del tutto tipici per un morbo di Werlhof, donde la difficoltà di decidere se trattasi di una trombopenia essenziale, verificatasi in coincidenza della infezione malarica o di una porpora trombopenica connessa all'infezione malarica stessa.

Comunque dallo studio clinico e dalle ricerche eseguite si è potuto stabilire una indipendenza netta tra le manifestazioni emorragiche e gli accessi febbrili, di modo che sembra potersi escludere che la porpora sia stata in rapporto con trombosi parassitarie e con le lesioni degli endoteli che a queste susseguono, e piuttosto pensare ad un rapporto indiretto con la infezione malarica.

BIBLIOGRAFIA.

BASTIANELLI G. e BIGNAMI A. *Note cliniche sull'infezione malarica.* Boll. della Soc. Lancisiana degli Ospedali di Roma, fasc. 1, 1890.

BENSAUDE e RIVET. Arch. Gén. de méd., 24 jan. 1905.

BIGNAMI A. e DIONISI A. *Le anemie post-malariche.* XI Congr. Intern. di Medicina.

BRAUER. Citato da DIONISI. *Anatomia Patologica della malaria,* 1927.

CECONI. Min. med., 1925, 18.

CURSCHMANN. Med. Klin., 1924, 49.

DEGKWITZ. Zeitsch. f. d. Ges. Exp. Med., vol. II, 1922.

DENYS. *Etudes sur la coagulation du sang dans un cas de purpura.* La Cellule, t. III, fasc. 3.

ID. *Un nouveau cas de purpura avec diminution considérable des plaquettes.* Ibid., t. V, fasc. 1.

DIONISI A. *Anatomia patologica della malaria,* 1927.

DI GUGLIELMO. *Le porpore emorragiche.* Bibl. Haematologica, IV. Pavia, 1926.

DUKE. Archives of Inter. med., novembre 1912.

FRANK E. Berliner Klin. Woch., 1915, n. 18-37-41.

ID. Ergebn. d. ges. Med., Bd. 3, S. 171, 1922.

FRÄNKEL. Citato da DIONISI: *Anatomia patologica della malaria,* 1927.

FONIO. Dtsch. med. Wochenschr., 1916, Nr. 44; 1917, Nr. 16.

FORNACA. Policlinico, Sez. Medica, n. 5, 1909.

GLANZMANN. Jahrb. f. Kinderheilk., 1916, Bd. 83.

ID. Ibid., 1919, Bd. 88 e 1920, Bd. 91.

HAYEM et BENSAUDE. Cpt. rend. des séances de la Soc. de biol., 7 janv. 1901.

HENOCH. Berlin. Klin. Wochenschr., 1887, S. 8 (*Purpura fulminans*).

ID. Ibid., 1874, Nr. 51 (*Purpura abdominalis*).

HESS A. F. Arch. of Internal. Med., vol. 17, p. 203, 1916.

KAZNELSON. Dtsch. Arch. f. Klin. Med., Bd. 128, S. 125.

LESHKE e WITTKOVER. Zeit. f. Klin. Med., Bd. 102, 1926.

MARCHIAFAVA E. e BIGNAMI A. *La infezione malarica.* Casa Editr. Dr. F. Vallardi, Milano, 1902.

MORAWITZ. In L. MOHR-R. STAEHELIN. *Trattato di Medicina interna,* vol. 4, parte I, pag. 291.

ID. Med. Klin., 1923, 3.

MORELLI E. Rivista di Clinica Medica, vol. XXIX, n. 8.

ID. Haematologica, vol. X, fasc. V.

MIRON. *Purpura d'origine paludique.* Soc. méd. des Hôp., 23 juin 1905, t. XXII.

PAISSEAU G. e LEMAIRE H. *Sindromes hémorragiques dans le paludisme primaire.* Ibid., 20 oct. 1916, t. XL.

RATHERY et F. LEVY. *Purpura generalisée chez un paludien.* Ibid., 7 juillet 1916, t. XL.

SPOLVERINI L. M. *Le purpura chez les enfants atteints de malaria.* Paris. Annal. de Méd. e Chir., 1900.

SCHOENLEIN. Pathologie und terapia, 1841, 5 Auf.

SCHULTZ W. Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk., Bd. 16, 1918.

SCHUPFER. Rivista Critica di Clinica Medica, volume 18, 1917.

NOTE DI TERAPIA.

R. CLINICA MEDICA DI CATANIA
diretta dal prof. LUIGI FERRANNINI.

La cura della lambliasi intestinale con la naftalina.

Dott. GIUSEPPE SORGE.

Mano mano che è andato acquistando terreno, in quest'ultimi anni, il concetto che la *Lamblia intestinalis* (dapprima considerata come un ospite inoffensivo del tubo digerente), possa, almeno in parte dei casi, rivestire una importanza patogena più o meno rilevante, e nei casi estremi determinare veri e propri quadri morbosi degni della massima attenzione e del più energico intervento terapeutico, si è venuta delineando l'opportunità di ricercare un farmaco dotato di azione elettiva sul parassita.

Senonchè ai numerosi tentativi i risultati sono stati assai scarsi. Come recentemente riassumeva Scheidel (1), contro la *Lamblia intestinalis* sono stati saggiati: l'uzara, il felce maschio, il calomelano, il timolo, l'arsifenammina, il bismuto, il choleval, la germanina, il tripanblau, il blu di metilene, lo spirocid, il chinino, l'yatren, l'emetina, lo stovarsolo, il rivanolo, il neosalvarsan. Nei casi più favorevoli, il migliore risultato è stata la diminuzione di numero, più o meno notevole ma sempre temporanea, dei parassiti nelle deiezioni degli ammalati, e corrispondentemente una più o meno fugace remissione dei disturbi relativi all'infezione. All'elenco dei rimedi cimentati potremmo aggiungere il tetracloruro di carbonio, che tempo addietro è stato saggiato nella nostra Clinica con lo stesso insuccesso.

In relazione a queste condizioni, le osservazioni che qui riferisco acquistano un certo interesse.

Nella scorsa estate, venne all'osservazione uno studente di 21 anno, astenico, pallido, che da vari anni, nella stagione estiva, era tormentato da turbe intestinali consistenti in anoressia, senso di peso all'epigastrio dopo i pasti, dolori addominali diffusi, diarrea mucosa alternata a periodi di stipsi ostinata. *L'esame diretto,* ad eccezione di un certo grado di meteorismo e di una lieve dolorabilità alla pressione delle regioni epi- e mesogastrica, non dava rilievi. *L'esame del sangue* rivelava un'anemia secondaria di modico grado (gl. r. 4.120.000). *L'esame delle feci,* infine, dimostrava una quantità enorme (20-30 per campo) di forme vegetative e cistiche di *Lamblia intestinalis.* In assenza di ogni altro indirizzo etiologico, la diagnosi fu orientata da questo reperto: e all'infermo furono somministrati, a dosi energiche e regolari, prima lo stovarsolo, poi l'yatren, infine il rivanolo. In base alla persistenza della diarrea e al reperto coprologico che si mantenne immodificato, fu constatata l'inefficacia quasi assoluta dei vari rimedi; ed allora somministrai la naftalina, senza molta fiducia, sovvenendomi del favore che essa godeva presso gli antichi terapisti nel trattamento delle cosidette « diarrée estive ». Per 6 giorni l'infermo ingerì 20 cg. di naftalina purissima, in ostia, dopo ognuno dei tre pasti principali della giornata. Già dopo 4-5 giorni di cura, l'alvo era notevolmente migliorato; dopo 10 giorni i dolori erano completamente scomparsi, e l'appetito era aumentato: l'esame delle feci era assolutamente negativo. Due mesi dopo, in pieno benessere, le deiezioni furono di nuovo esaminate con risultato negativo.

Successivamente, lo stesso trattamento fu saggiato in altri ammalati provenienti dal nostro *Ambulatorio per l'Amebiasi*: due portatori di Lamblie senza disturbi, un altro lambliasico con una sindrome enterica simile al precedente, inoltre un paziente che oltre ai disturbi intestinali offriva le note di una colecistite subacuta e presentava numerosi parassiti, oltre che nelle feci, anche nel succo duodenale e nella bile prelevata mediante sondaggio alla Einhorn.

In tutti questi casi, la terapia naftalinica produsse la pronta e persistente scomparsa del parassita dalle feci — rispettivamente anche dal succo duodenale e dalla bile — e la regressione dei disturbi ad esso legati.

Come schema posologico generale noi abbiamo adottato, negli adulti, la somministrazione di 50-60 cg. di naftalina *pro die,* in tre cachets dopo i pasti, per 6-7 giorni. Nel caso della localizzazione colecistica, per maggiore sicurezza, la cura fu ripetuta dopo una settimana di riposo.

Alla terapia non venne associata alcuna limitazione dietetica, oltre quelle indicate dalle sofferenze (intestinali, colecistiche) dei pazienti. In nessun caso la somministrazione del farmaco produsse disturbi.

L'esiguità della casistica non consente conclusioni definitive: comunque la costanza e la prontezza dei risultati ottenuti conferiscono attendibilità all'ipotesi di un'*azione elettiva* del farmaco sul parassita, ed incoraggiano ad

(1) Münch. med. Woch., 1929, n. 52, p. 1925.

approfondire lo studio del problema, fornendo una nuova direttiva alla ricerca di un rimedio specifico della Lambliasi.

RIASSUNTO.

In 5 portatori di *Lamblia intestinalis* (due senza disturbi; due con disturbi intestinali; uno con disturbi intestinali e colecistici) l'A. somministrò per 6-7 giorni 50-60 cg. di naftalina bisublimata, in tre cachets dopo i pasti, e ne ottenne la scomparsa del parassita dalle feci insieme alla scomparsa dei disturbi.

Questi risultati, sec. l'A., forniscono un nuovo indirizzo alla ricerca di uno specifico per la Lambliasi.

SUNTI E RASSEGNE.

PATOLOGIA GENERALE.

L'importanza rispettiva della trasmissione ereditaria e del contagio, nella patogenesi della tubercolosi polmonare dell'adulto.

(DUMAREST. *Vie Médicale*, 25 nov. 1930).

La diffusa rivista *La Vie Médicale* di Pagi ha indetto un *referendum* fra i più noti tisiologi francesi intorno al seguente tema, che gli studi moderni e le ultime ricerche sperimentali hanno riportato all'ordine del giorno: *Quale è, secondo voi, la parte rispettiva della trasmissione ereditaria e del contagio, nella patogenesi della tubercolosi polmonare dell'adulto?*

Hanno risposto alla domanda clinici e scienziati eminenti come: L. Bernard, F. Bordet, A. Calmette, F. Dumarest, Jacquelin, Jousset, Sergent, Starlinger, ecc.

Riportiamo la risposta del Dumarest, l'illustre tisiologo della stazione climatica di Hauteville.

Lo scritto del Dumarest assume un particolare interesse, in quanto prospetta il lato, diremo così, confortevole dell'angoscioso problema.

Difatti, ammettendo e valorizzando il concetto di Sanarelli, quello cioè di una eredità tubercolare immunizzante, il Dumarest considera, come l'autore italiano, attraverso tale meccanismo, il caso della possibile, graduale scomparsa o attenuazione dell'infezione tubercolare nelle collettività umane.

Ecco il pensiero del Dumarest:

« Riguardata sotto il punto di vista clinico, la questione dell'eredità tubercolare è assai difficile a risolversi, e questo spiega come essa abbia potuto dar luogo a opinioni le più contraddittorie.

« Nell'importante opera recentemente consacrata allo studio di questa questione, A. Lumière conclude a favore dell'eredità della bacillosi.

« Per mio consiglio, la dott.ssa Stéphani-Chérbuliez ha proceduto quest'anno, nel Sanatorio di Hauteville, a una inchiesta su 300 ammalati. Nel 20 % dei casi, ella ha potuto accertare l'esistenza dell'infezione, in uno o in entrambi i genitori, con o senza tubercolosi nei collaterali. Le conclusioni di tale ricerca si troveranno nel n. 5 nella *Revue de Phtisiologie*.

« Più tardi, il mio interno dott. Peyret ha esaminato metodicamente, allo stesso scopo, 219 ammalati di ogni classe sociale, la maggior parte dei quali apparteneva al sesso femminile. L'eredità negli ascendenti diretti risultò manifesta in circa il 25 % dei casi.

« Queste cifre sono, dunque, concordanti.

« Ma come si debbono interpretare?

« Anzitutto deve osservarsi che esse si riferiscono a malati in cura, cioè a malati relativamente gravi. Anche la tubercolosi accertata negli ascendenti deve riguardarsi come una tubercolosi conclamata, cioè grave.

« È, dunque, evidente che questo non è che un solo aspetto della questione.

« Innumerevoli casi di tubercolosi benigna o latente, senza storia clinica, rimangono ignorati del tutto dagli stessi interessati, dai loro medici e, a più forte ragione, dai loro figli.

« I tubercolotici inconsapevoli non hanno storia!

« È, dunque, lecito dedurne che i discendenti di tubercolotici sono molto più numerosi di quanto non sia possibile dimostrarlo praticamente, e che l'eredità esplica nella morbosità tubercolare una influenza molto più importante di quella che le è stata comunemente attribuita.

« Parlo di morbosità e non di mortalità. Questa influenza ereditaria deve, infatti, intendersi sia dal punto di vista dell'immunizzazione, che dal punto di vista della predisposizione.

« Va da sè che risulta più facile stabilire, per mezzo di cifre, l'eredità immunizzante. Nondimeno, dalla piccola inchiesta della Stéphani-Chérbuliez, risulta che le evoluzioni benigne negli eredotubercolosi sono frequenti a tal segno che, per un tubercolotico polmonare, il fatto di essere stato procreato da genitori tubercolotici accresce del 20 % le probabilità di andare incontro ad una evoluzione benigna.

« Quest'opinione è stata già sostenuta da Hameau, Héricourt, Turban, Curschmann e Sanarelli.

« Bisogna inoltre osservare a questo proposito con Sanarelli, i cui bei lavori hanno proiettato una grande luce su questo proble-

ma, che siccome la tubercolosi colpisce la quasi totalità degli esseri umani, se l'eredità si esplicasse sempre in un senso predisponente, l'umanità si estinguerebbe ben presto.

« È quindi necessario scegliere fra queste due ipotesi: o l'eredità tubercolare è a volte predisponente e a volte, il più spesso, immunizzante; oppure essa è indifferente, come è stato sostenuto da Arnould (*Rev. de la Tuberculose*, 1920).

« La prima ipotesi sembrami a tutta prima più soddisfacente e accettabile. Sarebbe infatti sorprendente che l'infezione bacillare dovesse sfuggire alle grandi leggi biologiche che regolano l'acquisto dei caratteri nuovi, e la trasmissione dei caratteri acquisiti.

« Riguardato sotto questo punto di vista, l'attacco tubercolare ancestrale, a seconda che esso sarà stato benigno e immunizzante, oppure grave ed evolutivo, eserciterà la sua influenza in un senso o nell'altro. Ed è evidente che, nel primo caso, una successione di generazioni potrà rinforzare progressivamente, col meccanismo delle piccole infezioni ripetute, una immunità acquisita.

« In tal guisa la tubercolosi, così pericolosa per le razze nuove, tenderebbe a diventare una malattia più benigna nelle razze parzialmente immunizzate come la nostra, e sarebbe persino possibile prevedere la sua estinzione con questo meccanismo, al termine di una lunga serie di generazioni.

« Tale questione, già difficile a risolversi dal punto di vista clinico, è non meno ardua a chiarirsi nei riguardi sperimentali. Ma in questo campo possiamo trovare un forte appoggio in talune constatazioni recenti.

« Il polimorfismo del virus tubercolare che si viene sempre più affermando e le nuove conoscenze sui virus filtranti, costringono a riesaminare ogni giorno più la vecchia credenza sulla non trasmissibilità del germe tubercolare. Ormai si fa strada l'opinione che, nelle persone adulte, il contagio sia un fenomeno eccezionale, il quale non assume, nell'eziologia della tubercolosi umana, un'importanza preponderante.

« È piuttosto nel corso della prima infanzia che si verifica, secondo le odierne conoscenze, l'inoculazione infettante. I risultati di moltissime ricerche, ormai largamente confermate, attestano la grande frequenza dell'infezione tubercolare nella prima infanzia e tendono ad escludere l'idea di una possibile eredità del virus. L'esperimento non ha ancora risolto questo problema in modo tale da indurre in una convinzione assoluta (vedi Calmette e Valtis).

« Circa l'eredità del terreno, pare che l'accordo si sia fatto per l'affermativa, ma sulla base di una confusione.

« Difatti questo problema si presenta sotto due aspetti ben diversi a seconda che si prendano in considerazione le attitudini fisico-chimiche del soggetto o le sue attitudini biologiche specifiche.

« È certo che le prime esplicano una funzione, e che esistono delle costituzioni sulle quali il virus tubercolare non attecchisce. Ma è altresì certo che esiste una resistenza specifica la quale varia a seconda delle razze, delle famiglie e degli individui e che non ha nulla di comune con la resistenza generale (Küss, Sanarelli, ecc.).

« Non è, del pari, impossibile che l'attitudine fisico-chimica sia l'espressione o la conseguenza dell'attitudine biologica.

« Per tale via noi arriviamo al concetto dell'eredoimmunità.

« Sono questi gli sprazzi di luce che, secondo me, illuminano la complessa questione, studiata magistralmente, fino dal 1912, da Sanarelli e ripresa più tardi da diversi autori (1) e da me stesso (*Revue de la Tuberculose*, 1923).

« Ciò che rende assai arduo il problema, è la molteplicità dei fattori che entrano in giuoco. Ma, a mio avviso, non v'ha alcun dubbio che l'immunità ereditaria individuale esiste e che se, per merito di Calmette e dei suoi collaboratori, si riescirà a crearla artificialmente nell'individuo, essa acquisterà a lungo andare il carattere di un'attitudine ereditariamente trasmissibile.

« È qui il caso di ripetere la sentenza di Bacone: *Nemo naturae, nisi parendo, imperat* ».

A. P.

CARDIOLOGIA.

Sulla tachicardia parossistica (malattia di Bouveret) da una statistica di 177 osservazioni.

(GALLAVARDIN. *Le Journ. de méd. de Lyon*, 20 sett. 1930).

Il ritmo sinusale non è che un ritmo abituale, legato all'influenza del vago e del simpatico; ma, latenti, esistono altri ritmi anormali che attendono l'occasione per manifestarsi; tra questi e il ritmo normale non ci sono vie di mezzo: o tutto o niente. E si comprende così come bruscamente insorgano e bruscamente cessino.

Di questi ritmi irregolari, sono i più rapidi quelli che più facilmente s'impongono, e così si spiega perchè le tachicardie siano più frequenti delle bradicardie parossistiche: queste ultime vengono alla luce solo quando

(1) Vedi su questo argomento, l'articolo di ARNOULD: *Sur la gravité comparée de la T. P. suivant l'existence ou l'absence d'antécédents tuberculeux* (Revue de la Tuberculose, 1920); e il recente lavoro di SANARELLI: *La rôle de l'hérédité dans la tuberculose* (Revue de Phtisiologie, n. 5, 1930).

il ritmo sinusale presenti un periodo di deficienza.

L'A. si propone di parlare soltanto della tachicardia parossistica vera e propria; ed elimina le salve tachicardiche d'origine extrasistolica, le tachicardie ventricolari terminali, ecc.

La tachicardia parossistica è una malattia non rara, benigna, ad andamento cronico, che colpisce indifferentemente i due sessi, non ha riguardo a età e non mostra rapporti ben definiti con preesistenti lesioni valvolari: quale ne sia la causa è ancora oscuro, giacchè nè la lues nè le affezioni tiroidee sembrano aver rapporti con questo disturbo del ritmo: la tachicardia, infine, si insedia soltanto sui cuori a ritmo normale.

L'accesso tachicardico si inizia bruscamente, in maniera impreveduta e, generalmente, senza cause apprezzabili; talora però può essere messo in rapporto con uno sforzo fisico, una viva emozione, un errore dietetico, un movimento di deglutizione, o il flusso mestruale.

Sensazioni subiettive varie (pulsazioni alle tempie, senso d'angoscia, sudor freddo, ecc.) possono accompagnare l'inizio dell'attacco.

La tachicardia è caratterizzata dall'elevato tasso delle pulsazioni (oltre i 160 battiti), dalla costanza di questo tasso e dalla sua regolarità: quest'ultimo carattere è importante e patognomonico.

Gli eventuali soffi sui focolai cardiaci non sono più ascoltabili, le giugulari pulsano in maniera evidente; la pressione arteriosa non si modifica.

Il ritorno al ritmo normale è brusco, e viene nettamente avvertito dall'infermo: questi sente generalmente due o tre forti colpi al cuore (extrasistoli), indi il ritmo torna alla norma: la fine dell'attacco avviene, di solito, spontaneamente, ma qualche volta l'infermo riesce a provocarla artificialmente, ricorrendo a vari mezzi di cui l'esperienza gli ha indicato l'efficacia.

Questi caratteri fanno fare la diagnosi; solo se il ritmo superasse di poco i 160 battiti al minuto, si potrebbe pensare ad un flutter; ma questo è influenzato dalla compressione del vago, mentre la tachicardia o ne è arrestata o non ne risente alcuna influenza, e, d'altra parte, l'inizio del flutter non è mai così brusco. Di somma importanza è il sapere se, durante l'accesso, il polso si sia o no mantenuto regolare, giacchè è in base a questo criterio che noi distinguiamo la tachicardia parossistica dalle forme di tachi-aritmia parossistica.

Gli attacchi possono essere distanziati tra loro o sempre più ravvicinati, fino a subentrarsi; in linea generale la frequenza degli accessi è in ragione inversa della loro durata: questa è, ordinariamente, breve, ma si conoscono casi in cui la tachicardia è durata settimane, mesi e persino un anno; però si tratta di rarità.

Gli attacchi di tachicardia sono variamente tollerati; in genere la tolleranza generale è buona, anche per accessi prolungati, ma a volte l'infermo prova delle sensazioni penose, un'angoscia insolita, una depressione generale; alcuni preferiscono sdraiarsi, altri camminare; in alcuni si hanno nausee, vomiti, persino diarree e, finalmente, il quadro del collasso periferico.

Nei soggetti a equilibrio nervoso instabile, l'insorgenza della tachicardia provoca vertigini, lipotimia, sincopi — sovratutto verso la fine dell'attacco — e forse in conseguenza di turbe della circolazione cerebrale: in altri casi si possono avere dolori anginosi che talora accompagnano uniformemente tutti gli attacchi di tachicardia, senza che se ne conosca la vera ragione.

In qualche altro raro caso possono comparire fenomeni di asistolia (ingrossamento del fegato, edemi, ecc.); si devono allora incolparne la lunga durata dell'accesso, l'alto tasso della tachicardia, lo stato del miocardio; in complesso possiamo dire che la tachicardia scatena l'insufficienza solo quando il cuore è già leso.

Dal punto di vista clinico distinguiamo una tachicardia abortiva (Vaquez), una tachicardia ad attacchi brevi o lunghi, rari o frequenti, e una forma progressiva; in questa ultima i centri si vanno facendo sempre più eccitabili, e bastano minime cause per scatenare l'attacco; d'altro canto, però, le sensazioni subiettive che accompagnavano la crisi vanno smussandosi, sino al punto che il paziente non le avverte più; esiste anche una forma regressiva, in cui gli attacchi si vanno sempre più distanziando, ma in realtà non si può parlare di guarigione vera della tachicardia: si tratta piuttosto di sostituzione di questo con un altro disturbo del ritmo (fibrillazione).

In alcune forme predomina un sintoma (la sincope, il dolore anginoso, l'asistolia), in altre si associa un vizio di cuore [e, come s'è visto, son le forme più rare].

Accanto alle forme leggere, ad attacchi brevi e bene tollerati, vanno distinte le forme gravi, in cui gli attacchi sono lunghi, penosi e tendono ad accentuarsi: talora possono sboccare in una vera asistolia. Ma si tratta di casi poco frequenti e, in complesso, dobbiamo dire che la tachicardia parossistica è una malattia quasi sempre benigna, eccezionalmente grave e quasi mai mortale.

Sotto l'elettrocardiografo, il ritmo appare di difficile interpretazione, l'enorme sua frequenza ostacolando l'identificazione dell'onda P, che ora appare nettamente, sia pure a vario intervallo, precedente al complesso ven-

tricolare, ora non si distingue; ma in complesso si può affermare senz'altro che l'origine della tachicardia parossistica è auricolare e non ventricolare: altri disturbi del ritmo possono sovrapporsi alla tachicardia (blocchi di branca, ecc.) o comparire negli intervalli liberi, ad es. le extrasistoli ventricolari il cui meccanismo è però nettamente differente.

Terapia. — L'attacco può essere troncato con mezzi diversi: si tratta di artifici trovati dagli stessi pazienti (deglutizione di un grosso bolo, uno sforzo ginnastico, ecc.), di vomiti spontanei o provocati con l'azione di medicamenti, della compressione della carotide che, agendo attraverso il vago o il nervo di Hering, agisce miracolosamente, o di quella del bulbo oculare, o, infine, di iniezioni endovenose: a questo scopo sono state raccomandate la uabaina Armand (1/4 mmgr.), l'eserina (3/4-1 mmgr.) ma l'A. non ne ha avuto chiaro vantaggio: piuttosto egli raccomanda il cloridrato di chinino (da 0,10 a 0,40 centigr.) nella soluzione chinino-uretano, diluita in siero fisiologico. Quando nulla giovi, si può anche ricorrere alla somministrazione ad alte dosi, di tonicardiaci, anche se manca una vera insufficienza del cuore: naturalmente la comune terapia cardiocinetica s'imporrà tutte le volte che la tachicardia si sia insediata in un cardiaco già scompensato.

V. SERRA.

L'occlusione coronaria acuta.

(E. GIRAUD COSTA. *Marseille Médicale*, 25 maggio 1930).

L'infarto del miocardio è un focolaio di necrosi risultante dall'arresto più o meno improvviso della circolazione in un territorio del miocardio.

Nell'infarto ad inizio acuto il quadro clinico è costituito da insufficienza cardiaca acuta e dolorosa associativa a sintomi di shock ed a febbre.

Il dolore è a tipo nettamente anginoso, atroce, persistente con irradiazioni più verso il braccio destro, la nuca, il mascellare, all'epigastrio. di lunga durata, costituente un vero stato di male anginoso.

Non è calmato dalla trinitrina. Può essere anche a tipo peritoneale con sede esclusiva all'epigastrio, accompagnato da nausee, vomiti, simulante un'affezione addominale.

L'insufficienza cardiaca talvolta si limita ad uno shock circolatorio, talaltra dà luogo a fatti edematosi a carico dei pulmoni o anche ad accidenti di asistolia banale.

I sintomi dello shock (facies peritoneale, caduta estrema della pressione vasale) s'accompagnano spesso a perdita della coscienza più o meno completa, a coma, a respiro di Cheynes-Stokes.

La febbre compare nelle 24 ore, oscilla tra 38° e 38°,5, dura qualche giorno, diminuisce gradatamente. La leucocitosi che l'accompagna è più precoce e più lenta a scomparire.

Tra i segni secondarî vanno notati: il fremito pericardico indice della pericardite reattiva nelle forme d'infarto superficiale, le alterazioni del ritmo cardiaco, i disturbi gastrointestinali (nausee, vomiti, meteorismo, diarrea).

Il più delle volte si ha la morte per sincope, per insufficienza cardiaca progressiva, o in seguito ad una complicazione (trombosi cardiaca, rottura del cuore).

La guarigione clinica si può avere dopo un periodo critico di 2-4 settimane.

L'inizio dell'infarto non sempre è così drammatico. Talvolta è costituito da una crisi d'angor a forma banale, da una crisi violenta di edema pulmonare acuta. Ma dopo la crisi invece di ritornare ad uno stato di benessere completo i malati continuano ad avere disturbi cardiovascolari: la pressione rimane bassa, l'insufficienza cardiaca progredisce lentamente senza essere influenzata dai cardiotonici.

L'elettrocardiogramma ha un reperto caratteristico: aspetto a cupola dato solo dall'occlusione coronaria, Pardee-wave nei giorni successivi a quello della comparsa dell'infarto. Oltre queste due deformazioni si possono osservare modificazioni dell'onda T precedute o non da un'onda curvilinea.

L'infarto è eccezionalmente provocato da embolo. Praticamente la causa unica dell'infarto del miocardio è costituita dalla trombosi arteriosa da ateroma.

La diagnosi differenziale è spesso difficile.

La forma cardio peritoneale desta subito l'idea d'un'infiammazione acuta sottodiaframmatica, di un dramma peritoneale. Si può pensare all'ulcera perforata dello stomaco o del duodeno, alla pancreatite acute. I precedenti disturbi cardiaci, le irradiazioni del dolore verso il torace, la precocità della dispnea orienteranno verso la diagnosi d'infarto. Nei casi dubbi l'elettrocardiogramma risolverà il problema.

Più facilmente si differenzieranno le affezioni della cistifellea, nelle quali esiste il punto cistico doloroso, l'indicazione verso la spalla destra, il subittero.

Dall'angina pectoris si distinguerà per l'intensità e la duràta della crisi dolorosa, la caduta della pressione arteriosa, la febbre. Nei casi dubbi si ricorrerà all'elettrocardiogramma.

La prognosi è grave: si ha il 40 % dei morti nelle prime 4 settimane e la sopravvivenza non dura mai oltre i cinque anni.

Tra le conseguenze lontane dell'infarto la più funesta è la rottura spontanea del cuore.

Talvolta i disturbi cessano più o meno completamente e dopo un periodo di latenza più

o meno lunga si hanno disturbi dipendenti dalle placche fibrose del cuore o da aneurisma del miocardio.

Le placche fibrose danno insufficienza cardiaca a decorso rapido con rumore di galoppo, ipotensione arteriosa, grande insufficienza miocardica funzionale, respiro di Cheynes-Stokes.

L'aneurisma miocardico dà gli stessi sintomi ed in più: sfregamento pericardico.

Durante la crisi acuta si tenterà di calmare i dolori con l'applicazione di ghiaccio sulla regione cardiaca e con gli oppiacei; e per combattere i fenomeni d'insufficienza cardiaca si adopereranno la digitale e la canfora.

Dr.

DERMATOLOGIA.

Il pemfigo cronico nelle sue varietà di p. volgare, p. fogliaceo e pemfigo vegetante.

(H. Mierzecki, *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1930, Bd. 162, H. 1).

L'A. ha potuto studiare 80 casi di pemfigo, dei quali 40 di p. volgare, 30 di p. esfogliativo, 10 di p. vegetante; materiale cospicuo data la relativamente scarsa frequenza di questa grave dermatosi.

Dalle sue osservazioni risulta che il pemfigo è una malattia dell'età matura e si riscontra in ambo i sessi (con qualche preferenza per il sesso maschile) ed in tutte le razze: quella semitica sembra però particolarmente predisposta, specialmente per la varietà di p. fogliaceo. La professione o il mestiere dei soggetti non hanno, a quanto pare, alcuna influenza sull'insorgere della malattia, per quanto si possa rilevare una percentuale un po' più alta fra le persone dedite a lavori intellettuali.

La durata della malattia può essere di settimane, di mesi, di anni. Dalle statistiche dell'A. risulta che fra i malati di p. volgare il 35 % superò i due anni; fra quelli di p. fogliaceo il 25 %; fra quelli di p. vegetante l'80 per cento.

La malattia per lo più aveva colpito persone sane e con genitori sani, i quali nel 40 % dei casi avevano anche raggiunta un'età avanzata e, sempre a quanto risulta dalle osservazioni dell'A., non sembra avesse avuto alcuna influenza sulle ovaie, e sulla fecondità in genere in ambo i sessi.

Le prime manifestazioni possono presentarsi in qualsiasi regione della cute e delle mucose visibili, sulle quali ultime sono assai più frequenti i primi sintomi della varietà esfogliativa. Può darsi che la localizzazione delle prime efflorescenze sia in qualche rapporto con il mestiere ed il modo di vita del soggetto (sulle mani negli operai: nel cavo orale fra gli ebrei, forse per l'alimentazione rituale ricca di spezie, di grassi, ecc.).

La temperatura abitualmente non suole assumere nel pemfigo un tipo caratteristico.

La prognosi, cattiva in genere, lo è ancor più dopo i 50 anni. La sede delle prime eruzioni, anche se nel cavo boccale, non sembra essere segno di maggiore gravità. La varietà vegetante non va considerata come la forma più maligna del pemfigo.

La eosinofilia, come la eosinopenia, non si possono mettere in rapporto con la estensione e la malignità del processo morboso: così pure la linfocitosi è per lo più indipendente dalla durata e dalla estensione della malattia, ma subito prima della morte può trasformarsi in linfopenia, la quale dunque, salvo poche eccezioni, è sempre un segno di cattivo augurio.

La reazione Bordet-Gengou sul siero di sangue dei malati (usando come antigene il contenuto delle bolle) e la prova della precipitazione sono negative.

Il contenuto delle bolle, all'inizio delle efflorescenze è sterile e non tossico per i topolini bianchi.

L'autopsia dei morti di pemfigo non consente di stabilire un quadro anatomo-patologico costante: sono frequenti peraltro fatti di degenerazione (grassa) e di atrofia del cuore, del fegato, dei reni.

Non sembra che il pemfigo si trasmetta alla discendenza nè possa diffondersi fra le persone che vivono nello stesso ambiente del malato.

V. Montesano.

Le moderne vedute sull'eczema.

(J. Meyer e P. Thiroloix. *Journ. de méd. et de chir. pratiques*, 25 genn. 1929).

Gli AA. espongono in uno studio molto particolareggiato le recenti vedute sull'eczema. Questo può comparire nelle tre condizioni diverse:

1) allo stato isolato, senza causa nota; si tratta allora della malattia « eczema », l'eczematosi, in cui il terreno ha la parte principale;

2) come conseguenza di un'intossicazione o di un'irritazione cutanea più o meno determinata;

3) come complicazione di una dermatosi anteriore e specialmente di una neurodermite; in tal caso, i caratteri dell'eczema si complicano con quelli del prurigo.

Ad ogni modo, l'esame generale del malato dimostra sempre un certo numero di alterazioni funzionali, digestive, neuropsichiche, endocrine, epato-renali od alcuni disturbi della nutrizione.

Nei giovani, si cercheranno i segni della tubercolosi frusta o della sifilide ereditaria; ne-

gli adulti, si penserà all'alcoolismo od alla sifilide acquisita; nei vecchi, non si dimenticherà l'esistenza delle sclerosi senili.

Da un punto di vista puramente fisiologico, tre caratteri fondamentali dell'eczema indispensabili per la sua genesi hanno potuto essere stabiliti e cioè:

1) L'esistenza di un *disturbo del metabolismo dell'acqua*, che comporta l'instabilità del peso, della diuresi, della perspirazione e la facilità con cui si disidrata l'individuo.

2) La *fragilità della pelle*, che reagisce con una dermatite eritemato-vescicolosa ad un'irritazione esterna moderata.

3) La *sensibilizzazione dell'epidermide ad un'irritazione specifica.*

Talvolta, questa sensibilizzazione è generale, interessa tutto l'organismo e rientra nel quadro della colloidoclasia; ora, invece, essa rimane puramente localizzata ad una certa superficie dell'epidermide.

Tali vedute hanno anche influito sul trattamento.

Nella *fase acuta*, si calma l'infiammazione cutanea, e ci si oppone al prurito con iniezioni bromurate o di gardenal. È soprattutto importante la disidratazione con un regime adatto; il più attivo sarebbe la dieta lattea.

Nella *fase subacuta*, si applicheranno dei topici locali, di cui i più recenti sono il coaltar ed il titanio. Si trattano le insufficienze viscerali. Si mantiene un regime antitossico e si tenta di opporsi ad una reidratazione (regime declorurato, dieta speciale). Infine, talvolta, si deve mettere in opera un trattamento antisifilitico, preferibilmente mercuriale.

Se l'*eczema è ribelle*, si utilizzano gli agenti fisici: radioterapia, raggi X e forse anche le radiazioni nuove di Bucky e Dauvillers. La cura climatica e termominerale costituisce un ottimo adiuvante in tali casi. *fil.*

CENNI BIBLIOGRAFICI

D. GIORDANO. *Lezioni di clinica chirurgica.* Vol. di pagg. 620. Arti Grafiche G. Tabacco, S. Daniele (Friuli), 1930. L. 70.

L'illustre chirurgo di Venezia ha concesso che in questo volume venissero raccolte le sue lezioni dettate nella maggior parte alla Scuola di medicina e chirurgia di Venezia.

Sono 66 lezioni che riguardano i più varii argomenti di chirurgia e che sono preziose per gli insegnamenti che portano e che mettono in piena luce la lunga esperienza, la vivacità dell'ingegno e della parola dell'autore. Numerosissimi i contributi personali e importanti alcune rivendicazioni di metodi e di insegnamenti che elaborati in Italia ritornano dall'estero con etichetta straniera.

Crediamo di poter raccomandare vivamente la lettura di questo libro; oltre a indirizzi originali, a consigli preziosi, il lettore vi troverà discussi alcuni dei più moderni problemi di chirurgia. La trattazione è piana, chiara e vivificata da uno stile brillante.

P. VALDONI.

A. v. EISELSBERG. *Lehrbuch der Chirurgie.* Due volumi di complessive pagg. 1527 con 687 figure. Edit. Springer, Vienna, 1930. R.M. 66.

Gli allievi di Eiselsberg, direttore della 1ª Clinica chirurgica di Vienna, hanno voluto onorare il loro maestro nel suo 70° compleanno pubblicando con il suo nome un trattato di chirurgia.

La trattazione, pur mantenendosi in limiti ampi, non è eccessiva; anzi talora anche troppo schematica, quasi elencativa. Il libro è aggiornato anche nei particolari e corredato da numerosissime figure, quasi tutte originali. Molti capitoli sono del tutto nuovi; altri, appena accennati in altri testi, si trovano ampiamente discussi.

Particolare importanza è data alla sintomatologia, alla diagnosi e all'indirizzo curativo.

Alla elaborazione dell'opera hanno contribuito anche allievi di Eiselsberg oggi professori universitari, come il Ranzi (Innsbruck), che tratta la chirurgia del sistema nervoso, il Deuk (Graz) la chirurgia del torace, il Clairmont (Zurigo) la chirurgia della bocca, della mammella, del retto, l'Haberer (Düsseldorf) la chirurgia dell'addome, ecc. P. VALDONI.

VIGLIONE e TIRONE. *Chirurgia clinico-operativa del quinquennio 1925-1929.* Vol. di 301 pagine. Tip. Mutilati e Combattenti «Semec». Trieste, 1930.

Statistica quinquennale di 4674 casi di chirurgia con 3092 interventi di cui 222 sullo stomaco. I casi degni d'interesse sono accom-

pagnati da un commento clinico. Alcuni importanti capitoli di chirurgia addominale, quali l'ulcera gastrica, colecistite e colelitiasi, appendicite, periviscenti, vengono esposti ampiamente con i recenti contributi clinico-statistici e sperimentali della letteratura.

G. PACETTO.

M. AUVRAY. *Maladie du crâne et de l'encéphale*. In « Nouveau Traité de Chirurgie », Paris, Baillière, 1931.

Il classico volume del prof. Auvray sulle malattie del cranio e dell'encefalo nella seconda edizione del Trattato di Le Dentu et Delbet (1911) è stato sempre materia di studio e di consultazione da parte del chirurgo per estensione nel trattare gli argomenti, chiarezza di dizione, completezza di notizie e modernità di vedute, giacchè anche a distanza di anni dalla pubblicazione si poteva ancora considerare a giorno delle questioni principali. Pur tuttavia l'esperienza della guerra con l'enorme materiale clinico che ci ha arrecato e i risultati delle esperienze di laboratorio, hanno portato modificazioni sostanziali su taluni capitoli della chirurgia cranica e pertanto un lavoro di revisione al Trattato di Auvray si imponeva. In questa nuova edizione l'A., pur lasciando intatta l'intelaiatura del primitivo Trattato, vi ha innestato opportunamente quanto di meglio la chirurgia ha acquistato negli ultimi anni.

Pur essendo di mole considerevole il libro si legge con piacere e senza stanchezza e può considerarsi un completo e modernissimo Trattato di Chirurgia cranica che porta sopratutto il contributo scientifico della chirurgia francese su tale campo. V. GHIRON.

SONNTAG e ROSENTHAL. *Lehrbuch der Mund- und Kieferchirurgie*. Vol. di pagg. XV-444, con 501 fig. Edit. G. Thieme. Lipsia, 1930. Mk. 24.

Questo capitolo nei trattati di chirurgia generale non è esposto in un insieme ordinato e completo, e nei libri di odontoiatria è del tutto trascurato o trattato in modo assai incompleto.

L'opera di S. e R. si propone di colmare questa lacuna e si rivolge specialmente all'odontoiatra cui vuol dare i criterii di orientamento per un'efficace collaborazione col chirurgo e per l'applicazione di un trattamento adeguato in tempo utile. Per tale ragione è svolta ampiamente la parte chirurgica e appena accennata la parte odontoiatrica pura.

Il libro è diviso in 2 parti: la parte generale tratta dei principii fondamentali della chirurgia moderna: asepsi, anestesia, emostasi, criterii generali di cura delle ferite; la parte speciale comprende: anomalie e deformità, tumori, flogosi, lesioni traumatiche.

Esposto in forma chiara e con numerose, belle illustrazioni può costituire per l'odontoiatra e per il medico generico un compendio utile e di facile consultazione per lo studio e per la pratica. G. PACETTO.

DUPUY DE FRENELLE. *Ostéosynthèse*. Un vol. in-8°, di 334 pagg. con 260 figg., preceduto da un'analisi critica di A. LAMBOTTE. Maloine, éd. Parigi, 1931.

In uno stile chiaro, conciso, quasi apodittico, con uno schematismo che, in un libro scientifico, può parere persino eccessivo, l'A. espone in quest'opera di volgarizzazione, la dottrina e la pratica della cura cruenta delle fratture.

Naturalmente la tecnica, e specialmente una tecnica minuziosa, difficile come quella della chirurgia ossea, non si può apprendere da un libro anche se magnificamente illustrato come questo, ma soltanto in sala operatoria e dalla esperienza di un maestro. Ma ciò non toglie che il libro, pieno come è di idee originali e di suggerimenti ingegnosi e pratici, abbia un'utilità pratica reale.

Ciò che si potrebbe rilevare qua e là di eccessivamente individuale nei giudizi, viene controbilanciato dalla interessante analisi critica dell'opera che A. Lambotte, con la competenza a tutti nota, ha scritto a guisa di prefazione.

La veste tipografica ha uno stile spregiudicato, del tutto originale e cerca di colpire la percezione visiva con la varietà nei tipi e nella disposizione dei caratteri.

A. VENEZIAN.

M. BORGHI. *Il comportamento istologico dei trapianti ossei autoplastici viventi in sede ossea chiusa, con particolare riguardo al loro impiego nell'osteosintesi per incavigliamento*. Vol. di pagg. 236. Edit. Soc. Poligrafica degli Operai. Milano, 1930.

La monografia del Borghi viene a portare un nuovo contributo importante alla questione dell'evoluzione del trapianto.

Il lavoro lungo e minuzioso dell'esperimentatore illustra e spiega dati clinici osservati e guida non solo alla giusta interpretazione ma, il che è importante specialmente dal punto di vista pratico, porta a indirizzi precisi nell'applicazione terapeutica. Le conclusioni a cui arriva l'A. sulla evoluzione del trapianto rappresentano una nuova conferma alle affermazioni di Axhausen e di molti altri AA.

Alla fine del lavoro è riportato un ricco indice bibliografico forse con qualche lacuna per lavori italiani.

L'edizione è in carta patinata; 104 figure, di cui molte microfotografie, sono riprodotte in modo ineccepibile. P. VALDONI.

L. HUMBERT. *Traitement moderne des varices.* Un vol. in-18°, di 101 pagg. - Libr. Le François, Paris, 1930. Prezzo Frs. 10.

Il metodo delle iniezioni sclerosanti nella cura delle varici è entrato ormai in piena applicazione da parte di molti medici, nonostante gli insuccessi e gli inconvenienti che talora si verificano. Ma questi possono essere evitati quando si segua una tecnica scrupolosa, secondo principî generali fondati sulla prudenza e sulla moderazione.

Se la teoria generale del metodo è nota a tutti, non altrettanto si può dire dei molti particolari che possono compromettere l'esito della cura. Su questi insiste specialmente l'A., fornendo utili consigli in proposito. Egli associa poi, alle iniezioni sclerosanti, all'applicazione della fasciatura alla colla di Unna, che costituisce il trattamento di scelta delle ulcere varicose, come pure delle periflebiti e degli edemi da varici.

Libro scritto da un pratico per i pratici, sarà molto apprezzato da questi. *fil.*

G. SCHERBER. *Beiträge zur Lösung des Krebsproblems.* Un vol. in-8°, di 138 pagg. - M. Perles, ed., Wien e Leipzig, 1930.

L'A. intende di portare, con questa sua opera, un contributo alla soluzione del problema del cancro, indicando le possibili vie della profilassi e ciò, sulla base di osservazioni statistiche e di osservazioni cliniche proprie e di altri autori.

Riconosce anzitutto che l'aumento del cancro è moderato e che è spiegabile, oltre che con il prolungamento della vita umana e con una maggiore esattezza di diagnosi, per la maggiore diffusione delle influenze irritanti. Perchè il cancro si produca, egli osserva, vi è bisogno di determinate cellule che, in un dato distretto del tessuto, sotto l'influenza di determinati stimoli e di influenze ereditarie, per azione anche di un'alcalosi radioattiva e di certe sostanze (probabilmente combinazioni di idrocarburi non saturi con nucleoproteidi) imprimano alle cellule stesse delle particolari proprietà proliferative. La profilassi del cancro va quindi diretta ad evitare gli stimoli irritanti ed a spostare l'alcalosi verso l'acidosi.

Questi concetti sono sviluppati e largamente trattati nel volume dell'A., che è primario del Riparto dermatologico in un Ospedale di Vienna. *fil.*

F. SANFELICE. *Etiologia e cura dei tumori maligni.* V. Idelson, ed., Napoli. Prezzo L. 22.

In questa monografia l'A. fa la storia di tutte le vicende della teoria blastomicetica di cui è un fervente sostenitore e dei tentativi di cura con siero, riportando le attestazioni di stima ricevute da studiosi e da uomini eminenti italiani e stranieri. R. BRANCATI.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Accademia Lancisiana di Roma.

Seduta del 15 gennaio 1931.

Presidente: Prof. Sen. E. PESTALOZZA.

L'antrotomia a scopo acustico.

Prof. G. GERONZI. — L'O. crede che l'unico modo di salvare la funzione uditiva nell'otite acuta sta spesso nell'intervento operativo precoce, affrettato senza esagerazione, sta nel decidersi all'intervento anche all'infuori di qualunque sintoma di complicanza mastoidea, anche in assenza di fatti generali gravi, come la febbre, ecc. Egli ritiene essere necessario abituarsi a considerare l'interesse della conservazione della funzione uditiva come una ragione sufficiente per giustificare l'atto operativo dell'antrotomia e mastoidotomia.

Controindicazioni all'uroselectan.

Dott. A. COLARIZI. — L'O. illustra un caso di idropionefrosi calcolosa in cui la pielografia discendente con l'uroselectan dette risultato negativo. In base al decorso clinico e al reperto d'autopsia corredato dall'esame istologico, egli ritiene che possa imputarsi all'uroselectan la morte dell'infermo, avvenuta per uremia 20 giorni dopo la pielografia endovenosa. Ritiene inoltre che nelle calcolosi renali e nelle lesioni renali bilaterali in genere, anche se non vi siano i sintomi dell'uremia, si debba esaminare la funzionalità renale prima di procedere alla pielografia endovenosa, ricerca che, se anche non provata come dannosa, è inutile nell'insufficienza renale grave.

Sulla rottura delle cisti ovariche.

Dott. G. SCOLLO. — L'O. ha osservato 2 casi di cistomi ovarici rotti con spandimento di liquido cistico nel peritoneo. In uno vi erano contemporaneamente: una cisti ovarica a peduncolo torto a destra; una cisti ovarica a sinistra, rotta e torta anch'essa sul suo peduncolo. Si ebbe una sintomatologia grave simulante una peritonite diffusa da perforazione appendicolare. Operata la paziente guarì. Nell'altro caso la perforazione della cisti accadde in seguito a puntura esplorativa. Nessuna sintomatologia di reazione, anzi benessere della p. per la decompressione del ventre enormemente tumefatto dalla cisti. Operata 6 giorni dopo si rinvenne scarso liquido libero, in quanto la maggior parte era stata assorbita; e un cistoma multiloculare gigante, di cui la più grossa concamerazione era rotta. Guarigione. Ne discute la diversa sintomatologia e la tecnica operatoria eseguita.

L'incisione addominale nell'appendicectomia.

Dott. G. SCOLLO. — L'O. in 64 casi di appendicectomia ha usato un taglio della parete che chiama incisione transversa transrettale, consistente nella sezione dei piani secondo la direzione anatomica. L'aponevrosi del retto viene incisa trasversalmente e il muscolo retto spostato all'interno. Ne discute i vantaggi dal lato della solidità e della estetica della cicatrice.

Prendono parte alla discussione i proff. PESTALOZZA, FIORETTI e ANTONELLI.

Prima di togliere la seduta il Presidente chiede all'assemblea numerosa un minuto di silenzio in memoria del collega dott. CARLO FILIPPA, morto improvvisamente in giovanissima età.

Il Segretario: D'AVACK.

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Seduta del 18 dicembre 1930.

Sopra una nuova specie di agglutinazione: la licopodio-agglutinazione.

Prof. A. MONTANARI. — L'O. ha studiato in 70 diversi liquidi di organici umani (siero di sangue, liquor, essudati e trasudati) il potere di agglutinare le spore microscopiche del *Lycopodium clavatum*. Descritta la tecnica delle esperienze, espone i risultati che portano a concludere come il detto potere sia stato molto raro e, per rispetto alla intensità, debolissimo nel siero e nel liquor; forte con tasso di 1:10, persistente nel tempo, in alcuni essudati e trasudati. Investigando la natura intima del fenomeno, mette in evidenza, sulla base di ricerche sperimentali, che il potere licopodio-agglutinante è stato esauribile ma non assorbibile e che in tutti i casi si è dimostrato indipendente dal potere emoimpilante del liquido.

Ulteriori ricerche sull'anemia dei ratti smilzati.

Dott. M. LEVI. — L'O. riassume brevemente i risultati ottenuti in una serie di esperienze intorno all'anemia dei ratti consecutiva alla splenectomia; crede giusto affermare che la questione della natura parassitaria di questa affezione (Bartonellosi) è ancora incerta; egli espone le ragioni dei frequentemente contraddittori reperti degli autori che si sono occupati dell'argomento.

Vascolarizzazione insolita di trombi vasali occludenti.

Prof. L. PICCHI. — Con proiezioni di preparati istologici, l'O. illustra un reperto che ha avuto in alcuni polmoni in sclerosi per trombosi e nei vasi di un piede amputato per gangrena in un ex-combattente che aveva avuto congelazioni. Si tratta della produzione di vasi a parete complessa muscolare ed elastica che si sono sviluppati nell'interno di trombi occludenti e che hanno favorita la circolazione. Discute la possibilità che gli elementi muscolari possano derivare per evoluzione del tessuto istiocitario del trombo e più facilmente per proliferazione delle pareti stesse del vaso occluso come farebbe pensare e la vicinanza dei vasi neoformati alla parete e l'evidente deviazione di qualcuno dei vasi in parola dai *vasa vasorum*. Similmente per le fibre elastiche che in alcuni dei nuovi vasi sono evidentissime e che sembrano continuarsi con una fine sfibrillatura di quelle preesistenti. Crede che convenga non trascurare casi come i suoi perchè possono illuminare questioni di istologia abbastanza interessanti.

La sutura immediata della ferita operatoria nelle mastoiditi acute.

Prof. U. L. TORRINI. — Perseguendo l'idea, come molti altri chirurghi, di poter chiudere la ferita operatoria per evitare quelle cicatrici talora infossate e deformanti che seguono a questi atti operatorii, ha ideato un nuovo metodo operatorio che alla prova clinica si è dimostrato di ottima pratica attuazione.

Fino dalla fine del decorso anno accademico aveva studiato il metodo e lo aveva eseguito sul cadavere (mostra uno di tali preparati conservati in formalina che riproducono i particolari della tecnica operatoria) ma prima di renderlo noto ha voluto avere un certo numero di casi operati e guariti, ciò che ha potuto fare solo dopo la riapertura della Clinica. Credeva di potere comunicare con priorità assoluta tale metodo operatorio, quando ai primi di ottobre il numero di luglio *Des Annales de M. de L'Oreille* ha portato una nota teoretica di Roth che propone un metodo operatorio basato sulla stessa idea, sia pure con qualche diversità. Però Roth non accenna di aver attuato il suo metodo sul malato.

Guidato dalla tecnica che si pratica nelle operazioni radicali e dall'ultima modificazione proposta ed attuata da Lempert nelle mastoiditi croniche colesteatomatose, ha risolto il problema. Pratica la mastoidectomia col metodo della radiale alla Wolf, fino ad arrivare al ponte dell'aditus, che non abbatte ma risparmia per non ledere la membrana timpanica. Quindi anzichè fare la plastica del condotto, come nella radicale, asporta invece tutta la porzione cartilaginea della parete posteriore del c. u. c. corrispondente alla breccia ossea praticata nella faccia anteriore della mastoide, così che per questa via può praticare la medicatura della breccia mastoidea stessa, sotto il controllo della vista. In tal modo può suturare completamente la ferita retro-articolare avendo per tale via assicurato il drenaggio.

Con tale metodo ha operato 10 casi di mastoidite acuta in individui che vanno dai 12 mesi ai 40 anni di età, con lesioni mastoidee in alcuni casi gravissime, con complicanze perisinusali assai marcate e fatti setticemici. Tutti hanno avuto un decorso ottimo e rapido. Sei di tali ammalati sono presentati all'assemblea: due completamente guariti (uno in 35 e l'altro in 32 giorni), gli altri in via di avanzata guarigione.

Sopra un raro caso d'emopatia: reticolo-endotoliosi acuta con eritremia.

Dott.ssa A. BARILE. — L'O. presenta una rara forma di emopatia riscontrata in una paziente di 34 anni, che due mesi prima del decesso ebbe senso di prostrazione, astemia, cefalea, metrorragia, modiche epistassi, dolori all'epicondrio sinistro, accompagnati da un notevole grado di anemia, con particolare colorito giallastro della cute, e tumore della milza e del fegato. Negli ultimi 7 giorni febbre remittente non molto elevata.

L'esame del sangue diede: globuli rossi: 2 milioni e 620.000; globuli bianchi: 14.675; emoglobina (Sahli): 62; valore globulare 1,24.

Lo studio degli strisci dimostrò numerose cellule endoteliformi e cellule monocitoidi, con presenza di elementi indifferenziati e appartenenti alle forme più giovanili della serie eritrocitica, in contrapposizione alla indifferenza del sistema leucoblastico, partecipante, nel caso in esame, con una minima reazione.

Illustrati i caratteri degli elementi cellulari e dal confronto di queste forme con quelle già de-

scritte dagli AA. conclude trattarsi di un caso di reticolo-endoteliosi acuta, varietà monocitoide, con eritremia.

Il caso illustrato conferma l'esistenza di quadri morbosi a carico dell'apparato reticolo-istiocitario, capitolo tanto dibattuto in questi ultimi tempi e su cui è necessario richiamare l'attenzione dei cultori d'ematologia per una esatta interpretazione di quadri ematologici che si riferiscono alla patologia di questo sistema.

L. PICCHI e P. NICCOLINI.

Accademia Medica Pistoiese "Filippo Pacini,,

Seduta del 15 novembre 1930.

Presidente: Prof. CANTIERI.

Autosieroterapia da vescicante nella cura della tubercolosi polmonare.

Dott. MELANI. — L'O. illustra le basi teoriche dell'autosieroterapia quale facente parte della terapia specifica attiva della tub. polm. Espone la bibliografia completa sull'argomento, opportunamente commentandola, e riporta le sue personali esperienze. I casi trattati sono stati 56, così repartiti: 21 con fatti polmonari lievi, fenomeni umidi molto circoscritti, condizioni generali discrete, apiressia: ne migliorarono 20 di cui 7 fecero anche pnmtx e 2 frenicoexeresi, 13 con fatti polm. più gravi e più estesi ma apiressia e solo qualche lieve periodo febbrile, ne migliorarono 11 di cui 2 fecero anche pnmtx. e 2 frenicoexeresi, 22 con fenomeni distruttivi più o meno gravi, febbre e risentimento generale: ne migliorarono 4, di cui uno fece anche pnmtx. ed 1 anche frenico-exeresi. In conclusione nei casi iniziali risultati soddisfacenti: ma non è facile stabilire quanta parte spetti all'autosieroterapia e quanta al sistema di regime e cure collaterali. I casi gravi non trassero giovamento alcuno. Inconvenienti nessuno: un caso di auto-anaf'lassi senza nessuna conseguenza. Sulla base di acquisizioni scientifiche, spiega la ragione di un risultato pratico così modesto.

Un nuovo tipo di ago da pneumotorace.

Dott. MELANI. — L'O. ad ovviare gl'inconvenienti dell'otturazione mostra un ago che ha fatto costruire, rappresentato da un comune ago con scarto più breve possibile, chiuso alla sua estremità tagliente, la quale è arruotata anche lateralmente e porta due piccoli forellini: uno subito al di sopra dell'otturazione dalla parte del taglio, l'altro mezzo millimetro più in su dalla parete opposta.

Primi resultati dell'esame radiologico sistematico del torace delle prostitute delle case di tolleranza.

Dott. ROMAGNOLI. — L'O. ha esaminato a tutt'oggi 77 prostitute e stabilisce una statistica percentuale dalla quale risulta che il 4 % di dette prostitute sono affette da tbc. pol. aperta ignorata; l'8 % da tbc. pol. chiusa; il 4 % da cardiopatie. Ammettendo che l'1 % dei giovani che hanno contatto con queste prostitute tub. possa infettarsi, e dovendosi ritenere in base a indagini, che ogni prostituta abbia contatto con 10 uomini al giorno e quindi 300 al mese, ne deduce che ogni prostituta sarebbe capace di contagiare 36 uomini in un anno. Ritenendo che il numero delle prostitute in Italia sia di 10.000 e che il 4 % sia affetta da tbc. aperta ignorata, ne viene che 14.000 giovani all'anno potrebbero essere infettati da tbc. solo per non essersi provveduto all'esame sistematico del torace delle prostitute.

Ricerche ulteriori potranno modificare questi dati numerici, ma non modificare l'importanza delle ricerche. Si augura che all'esame sistematico della prostituta si aggiunga per legge l'esame clinico e radiologico del torace.

Autoanafilassi in corso di autosieroterapia da vescicante.

Dott. NELLI. — L'O. espone i dati bibliografici sull'argomento ed illustra un'osservazione clinica riguardante un giovane di 22 anni che durante l'autosieroterapia da vescicante ebbe orticaria, tumefazioni dolorose agli arti, febbre, interpetrati come fenomeni anafilattici. L'autoanafilassi è dovuta al atto che il liquido del vescicante agisce come un siero eterologo in quanto che è un prodotto infiammatorio che in certo modo mantiene una fisionomia citologica e chimica e quindi biologica che lo differenziano dal plasma e dal siero di sangue dell'organismo da cui proviene.

Sulla gangrena gassosa da iniezioni ipodermiche.

Dott. BANDI. — L'O. dopo ampia relazione bibliografica espone il caso di una giovane donna in cui dopo un'iniezione di adrenalina praticata allo scopo di troncare un accesso asmatico si sviluppò una gangrena gassosa che in 24 ore la trasse a morte.

L'iniezione era stata eseguita con tutte le regole, le fiale esaminate erano sterili. È presumibile che la iniezione cadesse in un punto infetto da quei germi anaerobi, che sono ospiti abituali dell'intestino e sono capaci di resistere alle comuni disinfezioni e che l'organismo si fosse trovato in un momento di minorata resistenza a motivo di quello stato di disfunzione del sistema neuro-vegetativo che aveva culminato nell'attacco di asma. La letteratura offre altri esempi del genere.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Tensione endocranica e suoi rapporti con le neurosi e le psicosi.

Il prof. G. Boschi (*Riv. Sper. di Freniatria*, 1929, fasc. III e IV) al quale è stato affidato l'incarico (in collaborazione con i proff. Claude e Barré) della Relazione sul tema « Meningiti sierose » nella riunione della Società di Neurologia di Parigi, insiste su questi studi da vari anni.

Una volta se ne occupò in una comunicazione all'Accademia delle Scienze di Ferrara; una seconda in una comunicazione alla Riunione Neurologica, dedicata agli stranieri a Parigi per il centenario di Charcot; una terza nella Relazione al XVIII Congresso della Società Freniatrica Italiana a Trento, pubblicandone il riassunto e le conclusioni.

Il dubbio, assai fondato, circa la secrezione del liquido cefalo-rachidiano da parte dei plessi coroidei, ha una brillante tradizione italiana. Una serie d'indagini, istituite e già esposte dall'A., depone che il liquido cefalo-rachidiano proviene agli spazi sottoaracnoidei attraverso le pareti (o dalla linfa che imbeve i centri nervosi, o dai capillari sanguigni) con un flusso circolatorio in direzione caudo-cefalica.

Esistono individui che presentano una costituzione pletorica nell'ambito di questa linfa nervosa e del l. c.-r.: soggetti linfatici neuromeningei, nei quali, più che fenomeni irritativi meningei, si osservano turbe a carico delle radici o dei centri nervosi.

È da ritenere che linfatismo, adenoidismo e disendocrinie siano modalità costituzionali, spesso collegate ed associate, capaci anche, per procedimenti diversi, di influenzarsi reciprocamente.

Le cefalee di questi pazienti non derivano tanto dal fatto meccanico di una ipertensione cefalo-rachidiana, quanto da irritazione tossico-discrasica neuromeningea, inerente alla torpidezza circolatoria del sistema linfatico neuromeningeo.

Mezzo curativo di prim'ordine la puntura lombare, associata alla cura delle adenoidi, ecc.

Il Wahl, su « L'Encéphale » di Claude, qualificò tale studio un *travail de premier ordre* e aggiungeva: « Certes on peut opposer à l'auteur italien des objections nombreuses et fortes, mais c'est toujours un progrès que de tenter de remplacer des notions vagues qui se basent sur des calculs et une instrumentation moderne ».

Infatti l'A. già da anni aveva riferito — come molti poi confermano — che le cifre pure e semplici della pressione lombare, espressione confusa di elementi biologici e fisici diversi, non dànno in genere indizio sufficiente circa le condizioni fisiopatologiche inerenti al l. c.-r. G. L. LUCANGELI.

Il linfatismo neuromeningeo e una nuova formula biometrica.

Il prof. G. Boschi (*La Medicina Italiana*, giugno 1930) ha evidentemente prevenuto alcune di quelle « objections nombreuses et fortes » (v. sopra), traendo partito dalla entità della reazione idrodinamica delle pareti del l. c.-r. alla relativa sottrazione, pure essa da lui primo fatta conoscere.

Egli aveva già interpetrato questa reazione come indizio di una pressione idrodinamica, che si svolga attraverso le pareti subaracnoidee ed ependimali, argomentando che l'entità di tale pressione potesse dare un indizio della alacrità maggiore o minore del circolo cefalorachidiano ed eventualmente di un atteggiamento linfatico. In base a queste ed altre constatazioni, egli tentò e ritentò di escogitare alcune formule, formule sempre diverse ad ogni pubblicazione successiva, che valgano soprattutto a riassumere in un colpo d'occhio le varie facce di un fenomeno poliedrico.

I termini delle varie formule sono i seguenti: *T s* = pressione (tensione) lombare in posizione seduta; *T d* = id. in decubito laterale destro; *D s* = differenza fra T s prima e dopo l'estrazione di 10 cmc.; *D d* = differenza fra T d prima e dopo l'estrazione di 10 cmc.; *Q* = Indice di quantità e *i I* = Indice idronimaco; premesso che gli indici non hanno un valore di misura, ma solo un valore di significazione relativa e convenzionale, rispetto alla speciale entità ricercata.

Le formule definitive, che conducono a la formula indice del linfatismo neuromeningeo (*i L n m*),, e costituiscono la sua formula nel loro insieme, sono le seguenti:

$$\text{i I} = \frac{\text{D d}}{\text{T d}} - \frac{\text{D s}}{\text{T s}}$$

$$\text{i Q} = \frac{\text{T s}}{\text{Ds. iI}}$$

$$\text{i L n m} = \frac{\text{i Q}}{\text{i I}}$$

Tale formula, contemplando poliedricamente elementi diversi del meccanismo barico cefalo-rachidiano, consente in molti casi una idea comparativa su certe presumibili condizioni fisiopatologiche del liquido, che dagli altri criteri fin qui usati non sarebbe possibile desumere. La rispondenza della formula nella media dei casi alla entità delle condizioni cliniche conferma la giustezza delle premesse, su cui la formula stessa si fonda.

G. L. LUCANGELI.

CASISTICA E TERAPIA.

Sul modo di mettere in evidenza e di curare le malattie delle arterie periferiche.

Sgzalitzer, Demel, Kollert e Rauzenhofer (*Wien. Klin. Woch.*, n. 27, 1930) espongono il metodo da loro seguìto per l'esame delle arterie periferiche: la sostanza prescelta è l'uroselectan, che così buoni risultati ha dato nella pielografia: esso è un derivato della piridina e contiene iodio in così stretta combinazione che non è possibile trovarne traccia nelle urine: è infine una sostanza assai bene tollerata.

L'iniezione nell'arteria prescelta è un po' dolorosa e necessita l'anestesia locale: si può farla anche sotto lieve narcosi e ad ogni modo è preferibile praticarla nella camera operatoria, che sola dà le garanzie della più completa asepsi.

Il vaso deve essere messo allo scoperto: la vena non è toccata. L'arto da esaminare è posto, prima dell'iniezione, sopra la lastra: si useranno apparecchi trasportabili: se, per una stenosi del vaso, l'uroselectan refluisse dalla ferita, si deve interrompere subito l'iniezione e lavare la ferita stessa con soluzione fisiologica.

La quantità iniettata è varia (10-15 cmc.): l'iniezione esercita una particolare benefica azione sul quadro clinico: l'arto intorpidito diventa più caldo, l'ipoestesia diminuisce e il quadro capillaroscopico, caratterizzato dall'eguaglianza dell'asma arteriosa e venosa, ambedue spastiche o dilatate, mostra un netto ritorno alla norma.

In qualche caso gli AA. hanno persino veduto tale miglioramento proseguire, ma in genere si torna allo stato di prima.

Le malattie studiate in questo modo sono state le trombosi, le embolie, le stenosi arteriosclerotiche e gli aneurismi delle arterie periferiche. In complesso, i risultati sono stati soddisfacenti: naturalmente, a cancrena gi iniziata, nulla si può attendere dall'uroselectan.

V. SERRA.

L'arterite e flebite produttiva nella gangrena giovanile.

Viene riferito il caso clinico d'un uomo di 33 anni, il quale durante la guerra soffrì di congelamento ai piedi. Dopo diversi anni si sviluppò una piaga ungueale con dolori e crisi di iperalgia all'arto inferiore D. Si intervenne chirurgicamente, ma una sopraggiunta gangrena portò a morte l'ammalato.

N. V. Bedarida (*Arch. Ital. Anat. Istol. Pat.*, n. 4, luglio-agosto 1930) riferisce dettagliatamente lo studio anatomo-istologico dei vasi dell'arto sano e di quello gangrenato.

Dall'esame di questo caso di gangrena giovanile emerge che i reperti vasali istopatologici hanno messo in evidenza contemporanee alterazioni delle arterie e delle vene a carattere produttivo, prevalendo però in essi l'iperplasia dell'intima. Il confronto clinico ed anatomo-patologico dei due arti, uno sano ed uno gangrenato, mette in evidenza il diverso grado di evoluzione anatomo-patologico delle lesioni; il fenomeno della trombosi, rilevata nell'arteria poplitea dell'arto gangrenato, rappresenta un episodio secondario e non essenziale del processo. Il trombo si istituisce essenzialmente sull'intima arteriosa alterata con il concorso del rallentamento della corrente sanguigna; esso però non è il fatto primitivo e determinante della malattia. Queste alterazioni permettono di differenziare dal lato anatomo-patologico e patogenetico l'arterite obliterante dalla trombo-angioite di Buerger. Quindi la lesione anatomica base della gangrena giovanile sarebbe secondo l'A. un'arterite produttiva ed una flebite, pure a carattere produttivo.

L. CARUSI.

Contro i dolori dell'arterite cronica.

R. Leriche (*Gazette des hôpitaux*, 6 agosto 1930) osserva che molto tempo prima dei grandi dolori del periodo pregangrenoso negli arteritici cronici, si hanno talora dei dolori assai penosi, che impediscono di camminare e disturbano di molto tali malati nelle loro occupazioni.

Talvolta, si tratta di dolori nella massa muscolare della loggia antero-esterna della gamba, che compaiono quando il malato cammina un po' svelto. Altre volte, il dolore si ha nell'incavo della volta plantare ed il malato ha la sensazione che il piede si spezzi in due. Altre volte, infine, si ha un dolore urente al pollice del piede.

I diversi procedimenti tentati (insulina, acetilcolina, ecc.) sono stati inutili, sicchè l'A. ha applicato (in un medico che soffriva un forte dolore alla volta plantare) il procedimento già usato nelle neuralgie del trigemino, cioè l'iniezione di novocaina attorno all'arteria regionale.

Dopo iniezione di 2 cmc. di novocaina, in contatto con l'arteria tibiale posteriore, dietro il malleolo, si ebbe un effetto istantaneo. Il dolore scomparve completamente, il colore della cute si modificò, il piede si riscaldò anche obbiettivamente; il malato, venuto dall'A. con grande pena, ne ripartì con passo alacre. Di tanto in tanto, si ripete l'iniezione e sempre con gli stessi effetti sedativi e termici, che durano da qualche giorno a due mesi.

L'A. ha usato in altri malati lo stesso procedimento e sempre con vantaggio. Secondo la localizzazione dolorosa, l'anestetico viene iniettato a contatto con la pedidia (per i dolori lungo il pollice e del margine interno del piede) a contatto con la tibiale anteriore al terzo superiore della gamba per i dolori della parte muscolare esterna della gamba stessa, sia a traverso la massa muscolare, sia rasentando con l'ago la cresta tibiale.

fil.

Il trattamento della claudicazione intermittente.

Lutier (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 30 giugno 1930) consiglia quanto segue. Anzitutto riposo, avvolgimenti caldi della gamba, che sarà tenuta in posizione declive. Sorvegliare la cute; se vi sono escoriazioni, trattarle con antisettici deboli. Astensione dal tabacco; se il malato è diabetico, metterlo a regime ed usare l'insulina. Se è sifilitico, fare delle iniezioni endovenose di cianuro (1 cg. ogni due giorni per serie di 10).

Praticare un'iniezione sottocutanea di acetilcolina (cg. 5-10) e somministrare 4-6 cucchiai di:

Citrato monosodico g. 10.
Sciroppo di scorze d'arancio amaro g. 50.
Acqua g. 100.

Se vi sono dolori, dare aspirina, belladonna, morfina, far fare dei pediluvi tiepidi, usare l'alta frequenza e dei bagni galvanizzati. In caso di miglioramento, rieducazione progressiva, iniezioni sottocutanee di lipiodol e bagni carbo-gassosi.

fil.

Sulla terapia del m. di Raynaud e del m. di Buerger.

Dopo aver ricordato la etiopatogenesi di questi due morbi, e la diagnosi differenziale, M. Tauri (*Gazz. Osped. e Clin.*, n. 44, nov. 1930) riferisce su di un caso di m. di Buerger, uno di m. di Raynaud, uno di flebite posttifica ed uno di acrocianosi, e passa in rassegna la terapia suggerita in tali forme morbose.

Dal complesso delle osservazioni si ricava che:

1) Nella tromboangioite si può tentare la cura con l'acetilcolina, la cui efficacia è pari all'intervento sul simpatico periarterioso o perineurale.

A tale medicamento si uniranno il riposo, le cure con calore, diatermia, luce, posizione declive dell'arto. Se la cura medica fallisce, si penserà alla simpatectomia; la surrenalectomia e la gangliectomia va riservata ai casi più gravi e di urgenza. L'anastomosi arterovenosa e l'allacciatura della vena sono interventi di eccezione.

2) Nel m. di Raynaud l'acetilcolina è il medicamento di scelta. Nei casi iniziali si può usare una cura opoterapica (tiroide, ipofisi). A gangrena iniziata occorre insistere con tale cura fino a completa delimitazione della gangrena, salvo a ricorrere all'amputazione del tratto necrotizzato. La simpatectomia non è preferibile per il temporaneo miglioramento che produce.

3) Nelle acrocianosi dipendenti da distrofie ghiandolari si userà una terapia ormonica omologa all'insufficienza ghiandolare; nelle acrocianosi postinfettive l'acetilcolina non sembra avere effetto; in questi casi gioverà la posizione elevata dell'arto, la diatermia e gli impacchi caldi. L'ulcerazione ribelle impone un'amputazione possibilmente economica.

L. CARUSI.

Surrenalectomia nella malattia di Buerger.

Leriche e Stricker pubblicano (*Gazette des Hôp.*, n. 39, 1930) un interessante caso di un medico di 34 anni affetto da arterite obliterante del tipo Buerger che fu surrenalectomizzato nel 1925 con ottimo risultato che persiste tutt'oggi dopo quattro anni dall'intervento.

Il malato soffriva dal 1922 dei disturbi classici dell'arterite, aveva esperimentato invano tutte le cure più varie (iniezioni di nitrito di amile, citrato di sodio, bagni caldi, diatermia, radioterapia, raggi ultravioletti, ecc.). Al momento dell'intervento nel 1925 presentava gangrena dell'alluce destro, e cianosi intensa delle altre dita, forti dolori, claudicazione grave, abolizione dei battiti della femorale fino quasi all'arcata. Fu fatta una biopsia a questo livello ed essa dimostrò un'arteria femorale piccola sclerotica, aderente alla vena con una trombosi antica ricanalizzata da piccole arterie.

Il giorno dopo l'asportazione della surrenale destra i dolori scomparvero e lentamente tutto tornò in ordine. Oggi dopo 4 anni dall'intervento persiste solo claudicazione che si manifesta dopo un percorso di circa mille metri.

L. TONELLI.

Sul trattamento chirurgico dell'eritromelalgia.

Saito Makoto (*Mitt. a. d. Grenz. d. Med., u. Chir.*, 1929) riporta il caso di una donna di 53 anni con eritromelalgia delle estremità inferiori, prevalente a sinistra e operata con la ganglionectomia lombo-sacrale sinistra secondo Adson. La p. migliorò grandemente della sua affezione sopratutto a sinistra, dove il miglioramento fu durevole mentre a destra durò due mesi soltanto. Unico disturbo fu una tendenza alla diarrea durata alcuni mesi, dovuta alla mancanza dell'azione inibitrice del simpatico addominale.

V. GHIRON.

RUBRICA DELL' UFFICIALE SANITARIO

La difesa contro le malattie infettive.

Morbillo, scarlattina, ecc. Difterite.

Per la profilassi di molte delle malattie infettive soggette a denunzia, a norma del decreto ministeriale 15 ottobre 1923, non vi sono speciali disposizioni di legge o di regolamento, essendo essa regolata dalle norme generali; rientrano in questo gruppo il morbillo, la scarlattina, la pertosse, la parotite epidemica, ecc. Altre forme morbose invece, per quanto non specificatamente considerate nella legislazione sanitaria, sono state talvolta oggetto di singole disposizioni regie o ministeriali, che l'ufficiale sanitario deve tener sempre presenti quando si trovi di fronte a manifestazioni epidemiche di tali malattie.

È noto che il *morbillo* e la *scarlattina* si possono trasmettere dall'ammalato al sano anche nei loro stadî iniziali e persino (specialmente il morbillo) nel periodo in cui l'ammalato non è costretto al letto, quando, cioè, non sono ancora comparse le manifestazioni cutanee, in base alle quali, in generale, viene formulata la diagnosi. Questo fatto, insieme colla mancanza di sicure conoscenze sull'agente eziologico di tali forme infettive, ne rende assai difficile la profilassi, per modo che molte volte, quando l'autorità sanitaria può intervenire, il contagio si è già diffuso. Si aggiunga che non sono infrequenti i casi clinici di tipo lieve e benigno, per i quali le famiglie non chiamano il medico, e che, sfuggendo perciò all'accertamento diagnostico ed alla denuncia, costituiscono altrettanti ignorati e pericolosi focolai di trasmissione della malattia. Queste circostanze, però, non devono far ritenere inutile l'applicazione delle misure profilattiche, come da qualcuno si è voluto sostenere (almeno per il morbillo), ma indurre invece ad intensificare i servizi di denuncia e di vigilanza sanitaria, specialmente scolastica, onde poter intervenire, se non è possibile ai primi casi, almeno alle prime manifestazioni epidemiche, per tentare di limitare e circoscrivere i focolai di contagio. Le misure da adottarsi, oltre a quelle di profilassi scolastica, sono la disinfezione concomitante e finale e l'isolamento abitualmente domiciliare, ma anche, in occasione di manifestazioni importanti, e specialmente per la scarlattina, in reparti ospitalieri appositi od in veri e propri locali di isolamento. L'esperienza dimostrerà se nella pratica possa farsi affidamento sui metodi di profilassi immunitaria (vaccinazioni), l'efficacia dei quali non è ancora sicuramente dimostrata.

Per la *pertosse*, di cui è ben nota la incertezza della diagnosi al principio della malattia e la lunga durata di questa, le difficoltà profilattiche sono anche maggiori, perchè nella quasi totalità dei casi gli infermi non sono costretti a letto. Il principale provvedimento da adottarsi è l'allontanamento dalla scuola del malato e, possibilmente, anche degli altri bambini della famiglia e la disinfezione degli escreati; analoghe misure sono da applicarsi per la *parotite epidemica*.

Assai più importante è l'intervento dell'autorità sanitaria a proposito della *difterite*. Le estese conoscenze che si posseggono sull'agente patogeno di questa malattia e sulle vie di trasmissione del contagio, ed i fondamentali resultati acquisiti nel campo immunitario collo studio della tossina difterica, permettono l'attuazione di misure profilattiche rigorosamente scientifiche, le quali, quando siano esattamente applicate, dànno affidamento di pieno successo.

Presupposto della profilassi è la denuncia, da farsi il più sollecitamente possibile, ed in tutti i casi, anche lontanamente sospetti. L'ufficiale sanitario, quando la diagnosi non sia clinicamente sicura, deve subito accertarla valendosi dell'esame batteriologico. In tutte le provincie esistono ormai i laboratori di vigilanza igienica e gli ufficiali sanitari avranno cura di farsi rifornire da questi dei tamponi sterilizzati per il prelevamento del materiale patologico da esaminare, materiale che, raccolto a regola d'arte, e debitamente confezionato, deve essere spedito, *in franchigia*, come campione senza valore raccomandato, al laboratorio provinciale. In attesa del responso batteriologico, sono da applicarsi subito le misure di isolamento e di disinfezione al letto del malato e la sieroterapia, che, come è noto, è tanto più efficace quanto più è precoce; provvedimenti che, in seguito, saranno intensificati o sospesi a seconda del responso diagnostico positivo o negativo. Completano la profilassi le indagini epidemiologiche dirette ad accertare le origini del contagio (quando si tratti di un caso iniziale o sporadico), fondate sopratutto sulla ricerca dei portatori di germi, la quale è importante specialmente negli ambienti affollati e nelle collettività (case popolari, scuole, asili, ecc.). La ricerca deve eseguirsi anche per poter circoscrivere la diffusione dell'infezione, ed estendersi a tutte le persone conviventi col malato o che abbiano avuto contatto con esso, ed, in secondo tempo, allo stesso soggetto guarito, per constatarne la cessata contagiosità.

È noto tuttavia che, talvolta, i portatori si mantengono tali anche per alcuni mesi, il che rende praticamente impossibile il loro isolamento e perfino il semplice allontanamento

dalle collettività (scuole, opifici, ecc.); è necessario perciò difendere i sani dal pericolo dell'infezione ricorrendo ad un altro efficacissimo presidio profilattico, il cui uso è ormai riconosciuto assolutamente innocuo e di facile applicazione, cioè alla *vaccinazione antidifterica*.

Una immunizzazione passiva di breve durata, contro la difterite, può ottenersi rapidamente colla iniezione di siero antidifterico (sieroprofilassi). Questo perciò sarà il metodo da preferire quando si tratti di una collettività circoscritta da proteggere dal pericolo di un contagio grave ed immediato, e per avere frattanto il tempo necessario ad attuare la ricerca dei portatori ed eventualmente quella dei recettivi (soggetti che reagiscono positivamente alla prova di Schick), e di iniziare contemporaneamente la vaccinazione. Ma una durevole, per quanto non immediata, immunizzazione attiva, contro la difterite, non si ottiene che colla vaccinoprofilassi, da attuarsi col metodo oggi universalmente adottato, perchè riconosciuto il migliore, dell'anatossina difterica di Ramon (derivato atossico della tossina che ne conserva le proprietà antigene). Tale trattamento, colla sua duplice modalità per via ipodermica e per via nasale, quando sia rigorosamente applicato, assicura praticamente una stabile refrattarietà verso la difterite, che, per la vaccinazione per iniezioni, raggiunge la proporzione del 98 al 100 % dei vaccinati.

È da sfatare il pregiudizio, ripetuto da profani e purtroppo anche da qualche medico, che la vaccinazione possa ostacolare un successivo trattamento sieroterapico, quando fosse necessario, per l'insorgenza di fenomeni di anafilassi (malattia da siero). Ciò è assolutamente escluso perchè il vaccino non è un siero, ma un prodotto batterico, derivato dalla tossina solubile ottenuta nei terreni di cultura del bacillo difterico; accidenti anafilattici potrebbero eventualmente aversi negli individui trattati colla sieroprofilassi, non mai nei vaccinati coll'anatossina.

Il Capo del Governo, consapevole dei benefici demografici che la anatossivaccinazione può portare, diminuendo notevolmente la morbilità e la mortalità infantile per difterite, con la circolare ai Prefetti del 21 dicembre 1929 (1), ne ha raccomandato l'uso alle autorità sanitarie, preconizzandone una larga diffusione. Gli ufficiali sanitari debbono farsi i più convinti e zelanti propagandisti di questo mezzo di prevenzione sicuramente innocuo e di indubbia efficacia, in grazia del quale è da augurarsi che, in un non lontano avvenire, le madri italiane non dovranno più trepidare per la minaccia della « diva severa » che, per dirla col Poeta, « miete le bionde spiche, strappa anche i grappoli verdi ».

A. FRANCHETTI.

(1) V. *Policlinico*, Sez. Prat., 13 genn. 1930, n. 2.

POSTA DEGLI ABBONATI

Pemfigo della congiuntiva. — Al dott. S. C., abb. n. 3949:

Il pemfigo della congiuntiva è per fortuna una malattia molto rara, e non è altro che la localizzazione congiuntivale del pemfigo delle mucose. Si presenta in generale o sotto forma di congiuntivite con secrezione mucosa o purulenta accompagnata da membrane crupose, o con formazione di vere bolle sulla congiuntiva bulbare. Finisce quasi sempre con un progressivo raggrinzamento del sacco congiuntivale, a cui può seguire saldamento delle palpebre al bulbo entropion trichiasi ecc. Talvolta le complicanze sono anche corneali e si possono avere infiltrati, ulcere profonde, opacamenti più o meno diffusi e perfino la xerosi. La prognosi e la cura sono quelle del pemfigo generale, trattandosi sempre di una malattia che non riguarda solamente l'occhio. Sono state tentate le iniezioni intramuscolari di neo-salvarsan, l'autoemoterapia, la sieroterapia con siero polivalente, ecc., sempre con esito negativo.

Il dott. Neuschüler di Roma (ospedale San Giacomo) si è occupato dell'argomento e può rivolgersi a lui per ulteriori schiarimenti.

MEZZATESTA.

Colorazione Leishman. — Al dott. G. Rigoni, da Limena:

In luogo del Giemsa, si può usare il metodo di Leishman. Sul vetro con lo striscio di sangue si versano dieci gocce della soluzione di Leishman (vedi sotto), lasciandovele per 2-3 minuti. Si versano poi (senza gettare il liquido già esistente) venti gocce di acqua distillata, badando che si mescoli bene col colore; si lascia agire per 5-10 minuti (in questo tempo si ha la colorazione, mentre nel primo si è ottenuta la fissazione).

Si lava poi con acqua distillata fino a differenziazione delle parti, lasciando in seguito asciugare.

La soluzione di Leishman si prepara sciogliendo cg. 15 (od una pastiglia del prodotto, preparato da Borroughs e Welcome) in 100 cc. di alcool metilico.

A. FILIPPINI.

Cura dell'avvelenamento da varecchina. — Al dott. C. P. da C. R.:

La varecchina è una soluzione di ipoclorito di sodio, in cui prevale l'azione dell'alcali. Quindi la cura sarà diretta come per gli av-

velenamenti da alcali caustici. Evitare la somministrazione di emetici e la introduzione di sonda, per l'evidente pericolo che vi siano delle lesioni perforanti nelle vie digerenti. Fare ingerire acqua con acido (acetico, citrico, tartarico, limone, aceto). Somministrare latte, acqua gommosa, albuminosa. Contro i dolori, iniezioni di morfina. Se vi è edema della glottide, ossigeno o tracheotomia. Ingestione di pezzetti di ghiaccio. Eventualmente applicazioni di soluzione di cocaina sulle ulcerazioni orali o faringee. A. FILIPPINI.

All'abb. A. S., n. 5298-1:

Oggi in Italia le Scuole radiologiche fioriscono largamente e non abbiamo più bisogno dei testi stranieri per lo studio della Radiologia.

Le indichiamo:

Trattato italiano di diagnostica Radiologica, II ediz. Ferrara, Tip. Taddei; *Diagnostica radiologica nel trattato di chirurgia del Taddei* (Utet), pubblicata dal Busi e suoi assistenti; di prossima ristampa; *Radioterapia*: Ponzio, Tip. Utet; *Tecnica radio-diagnostica*: Laschi, Cappelli, Bologna; *Compendio italiano di terapia fisica*, Como editore Cavalleri.

E. MILANI.

Al dott. A. D. C. da C.:

Cfr. il n. 23 della Sez. Pratica (9 giugno 1930), p. 848; per la composizione del liquido *pepsina preogoid* rivolgersi al « Zentralblatt f. Chir. » o all'A., prof. Payr.

F.

VARIA.

Impressioni sulla medicina americana.

L'organizzazione degli studi di medicina in America è sempre stata un po' diversa che negli altri paesi. Negli Stati Uniti fino a pochi anni fa era facile ottenere l'autorizzazione ad aprire scuole di medicina e nei secoli XVIII e XIX ce ne sono state complessivamente 450; 20 anni fa ce n'erano 186 ed ora esse sono ridotte a 76, di cui solo 2 o 3 classificate come di classe A. Le Università americane sono molto più frequentate di quelle europee: università insignificanti hanno 10 mila studenti; la Ann Arbor University, che è la maggiore, ha 35,000 studenti. Nelle scuole di categoria A si richiedono titoli di studio superiori a quelli richiesti comunemente (un'altra laurea in arte e in scienze).

Le cliniche dell'Università di Chicago hanno circa 450 letti ed hanno reparti per tutti i rami della medicina. Le Cliniche sono aperte per tutti i malati, che possano o non possano pagare, e il servizio di ambulatorio è fatto a pagamento e le visite si fanno per appuntamento e dietro un compenso che varia secondo i mezzi del paziente e secondo le ricerche che si devono fare. Le Cliniche sono dei veri e propri ospedali di lusso; per i poveri c'è un grande ospedale di 3300 letti, il Cook County Hospital, che assomiglia ai grandi ospedali di Parigi e di Vienna.

Il Centro Medico di New York è il risultato dell'insieme di parecchi ospedali e, quando sarà completo, raggiungerà una popolazione di 10.000 persone fra medici, infermieri e malati. A questo centro è annessa una trattoria per uso dei parenti e amici dei malati. I malati che stanno in camere separate (ci sono però anche delle corsie), hanno ognuno la propria camera da bagno e il proprio telefono.

La Scuola Medica dell'Università di Pennsilvania è la più vecchia degli Stati Uniti. Qui Chevalier Jackson ha organizzato 4 cliniche per la broncoscopia. Scott Stevenson, che racconta tutte queste cose nel *Practitioner* del dicembre 1930, vide il Jackson fare 17 broncoscopie in una mattinata.

La Clinica Mayo fu fondata da William Worrell Mayo, padre dei due fratelli Will e Charles, che poi lo sostituirono. Essi si circondarono di numerosi medici, ognuno specializzato in una branca della medicina e costantemente ora l'uno ora l'altro dei fratelli viaggia per il mondo per vedere e introdurre nella propria Clinica quello che di buono c'è nelle altre. La Clinica Mayo ha preso una estensione tale che nello scorso anno vi furono curati 70.000 malati. Ogni chirurgo dispone di due sale operatorie separate dalla camera di preparazione che è comune; appena ha finito un'operazione egli passa subito nell'altra sala operatoria, dove trova pronto il malato da operare e così non perde tempo. La Clinica ha 165 medici. I medici visitatori sono ricevuti in una camera dove possono vedere una tabella coll'indicazione delle operazioni che si fanno in quel momento e della sala operatoria dove ogni intervento viene eseguito, in modo da poter scegliere quello che può interessare. Nella Clinica c'è una riunione pubblica ogni settimana per discutere comunicazioni scientifiche e casi clinici e due volte alla settimana queste riunioni si fanno per le singole sezioni. Una sera alla settimana c'è una riunione dei soli medici in servizio nella Clinica. C'è un sistema pneumatico per trasportare le schede cliniche dall'archivio ai vari reparti della Clinica. Alla Clinica stessa gli ammalati giungono direttamente in ferrovia. R. LUSENA.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

III. - Preferenze stabilite dalla legge per l'incremento demografico.

La legge 6 giugno 1929, n. 1024, ha attribuito uno speciale titolo di preferenza, a parità di merito, agli impiegati e salariati coniugati, con prole, in confronto di quelli coniugati senza prole e a questi ultimi in confronto dei non coniugati. Uguale preferenza è efficace in tutti gli atti di concessioni e autorizzazioni amministrative.

Due questioni sono state sin ora fatte: *a*) pur riferendosi, letteralmente, agli *impiegati*, queste disposizioni regolano la condizione dei *concorrenti*, i quali non sono ancora impiegati, se si tratta appunto di costituire per essi il rapporto di impiego? *b*) il nuovo titolo di preferenza è efficace a *parità di merito* o a *parità di ogni altra condizione*? in altri termini, prevale alle preferenze stabilite da altre norme e specialmente a quelle risultanti dal decreto 30 settembre 1922, n. 1290?

Questi dubbi sono stati ampiamente esaminati nella rivista « Il diritto pubblico sanitario » (Editori Fratelli Pozzi), fascicolo 7 del 1929 e 12 del 1930. Vogliamo ora avvertire che la giurisprudenza del Consiglio di Stato non li ha ancora risoluti. Sembra che tenda a prevalere la tesi dell'applicabilità ai concorsi e, in genere, alle assunzioni agli impieghi. Fortemente controversa, invece, è la risoluzione del conflitto fra i vari titoli di preferenza.

Forse gioverà una disposizione legislativa che stabilisca *una graduatoria delle varie preferenze*, per evitare incongruenze pratiche. Ma le disposizioni della legge 6 giugno 1929 dovrebbero *ora* prevalere perchè, per dichiarazione espressa, sono applicabili *sempre* ed è abrogata qualsiasi contraria disposizione, cioè è paralizzata la efficacia delle norme anteriori non compatibili col nuovo titolo di preferenza. Per altro, se si sostituisse alla parità del *merito* la uguaglianza di *ogni altra condizione*, comprese quelle risultanti dalle preferenze previste dall'art. 9 del R. D. 30 settembre 1922, *la legge del 1929 non sarebbe mai applicabile*. Infatti, l'art. 9 non prevede soltanto i titoli militari ma considera anche il servizio prestato presso la stessa Amministrazione e, in ultima analisi, attribuisce una causa di preferenza, a parità di merito, ai più anziani di età. Poichè vi è differenza soltanto di *grado* tra i vari titoli previsti dall'art. 9, se fosse valutabile la modificazione risultante dalle preferenze stabilite dall'articolo stesso, e la legge del 1929 presupponesse una situazione di parità di ogni altra condizione, il nuovo titolo non sarebbe efficace, per identità di motivi, nemmeno nel caso in cui la uguaglianza sia modificata dall'*anzianità*. Ciò posto, non essendo prevedibile che due concorrenti siano a parità di condizioni anche per età, non troverebbe mai applicazione la preferenza stabilita dalla legge 1929, la quale, invece, prescrive che deve essere *sempre*, cioè in ogni caso, preferito il concorrente coniugato, ecc.: proprio l'opposto. *Sempre*, dice la legge; mai direbbe la giurisprudenza.

Questa materia, molto delicata, incerta e complessa, deve essere meglio e compiutamente regolata, mediante graduazione dei vari titoli di preferenza e precisazione dei poteri della pubblica amministrazione, quando la scelta non sia assolutamente esclusa.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. Giovanni Selvaggi, esercente in Cassazione, cons. legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Per la vigilanza igienico-sanitaria nelle scuole.

Il Ministro dell'Educazione Nazionale, on. Balbino Giuliano, ha portato a conoscenza dei Provveditori agli studi, dei Presidi e dei Direttori degli istituti medi di istruzione e degli ispettori scolastici le disposizioni impartite dal Ministero dell'Interno in materia di servizio di vigilanza igienico-sanitaria nelle scuole e dato istruzioni agli organi stessi per la pronta ed efficace applicazione delle norme anzidette.

Il Ministro insiste specialmente sull'obbligo da parte dei Comuni di far visitare dall'ufficiale sanitario o dai medici all'uopo delegati tutte le scuole pubbliche e private. Tale visita ha lo scopo:

1) d'accertare che tanto tra gli alunni quanto tra gli insegnanti e tra le persone in genere che a qualsiasi titolo frequentano la scuola, nessuno sia affetto da malattie contagiose o diffusive acute; 2) di rilevare tra gli alunni quelli che possono ritenersi disposti alle malattie tubercolari per l'applicazione a loro favore, d'accordo con i locali consorzi provinciali antitubercolari, delle provvidenze intese a prevenire tali malattie tanto nell'interesse degli alunni stessi che della collettività scolastica; 3) di assicurarsi che tutti gli iscritti siano stati vaccinati contro il vaiuolo con esito positivo e che quelli di età superiore agli 8 anni abbiano anche subìta la rivaccinazione; 4) di accertare se tra gli alunni ve ne sono affetti da alcune malattie diffusive a lungo decorso e che siano adottate a loro riguardo le disposizioni di legge; 5) di verificare se sono applicate le norme di carattere profilattico.

Per quanto riguarda gli istituti di educazione e di istruzione con internato (collegi, convitti), anche se dipendenti da opere pie, il Ministero richiama le disposizioni in materia di assistenza e profilassi in dette collettività impartite.

Tali istituti devono essere provvisti di infermeria e di un medico responsabile dei servizi igienico-sanitari e profilattici, il quale ha l'obbligo di provvedere che siano preventivamente assicurati i mezzi necessari per fronteggiare adeguatamente eventuali manifestazioni di malattie infettive che avessero a verificarsi nell'istituto. È bene ripetere che nel convitto i sanitari devono accertarsi che i conviventi siano stati regolarmente vaccinati e rivaccinati contro il vaiuolo e che siano stati sottoposti alle altre misure di immunizzazione.

MEDICINA SOCIALE.

La lotta contro gli stupefacenti.

Si è adunato a Ginevra, in 8ª sessione, il Comitato centrale permanente dell'oppio. La Turchia — la quale ha sempre prodotto dell'oppio ma ora è divenuta uno dei centri più importanti e temibili di produzione della droga e dei suoi derivati — è stata invitata a delegarvi un rappresentante. Questi informò che attualmente in Turchia vi sono tre fabbriche, tutte in regola, che producono complessivamente 150 tonnellate di oppio all'anno. Il Governo turco è deciso a non farne sorgere altre. Il rappresentante dette varie altre giustificazioni e promise d'interessare il suo Governo a fornire ulteriori informazioni dettagliate.

La Commissione consultiva dell'oppio ha tenuto poi la sua 14ª sessione. Sono stati chiamati a parteciparvi, per la prima volta, i seguenti sette Stati non fabbricanti: Austria, Belgio, Egitto, Messico, Spagna, Polonia e Uruguay. L'Italia era rappresentata dal sen. Cavazzoni.

La Commissione ha preso in esame il progetto di convenzione per la limitazione della fabbricazione dell'oppio e di altre droghe nocive; esso farà oggetto di una Conferenza internazionale, convocata a Ginevra il 27 maggio prossimo.

* * *

Il Consiglio della Società delle Nazioni, adunatosi a Ginevra nella sua 62ª sessione nei giorni 19 gennaio e ss., ha approvato varie proposte del comitato centrale permanente dell'oppio, tra cui quella relativa al modo di stabilire le statistiche da inviarsi dai Governi e al termine entro il quale questo invio deve essere fatto; e ha udito un'importante relazione del presidente del comitato stesso circa la gravità e la estensione del commercio clandestino delle droghe nocive, che si calcola di centinaia di quintali.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BENEVENTO. *Ospedali Civili Riuniti.* — Direttore chirurgo; L. 15.000; scad. 17 aprile; età lim. 45 a.; quinquennio di aiutato in R. Clinica o di capo reparto in pubblico Istituto ospedaliero. Rivolgersi alla Segreteria.

BERGAMO. *Amministraz. Provinc.* — Direttore e coadiutore della Sez. med.-micrograf. del Laborat. Prov. d'Igiene e Profilassi. Proroga ore 18 del 20 marzo.

BICCARI (*Foggia*). — Scad. 9 feb.; L. 9000 salvo decurtazioni di legge e 5 quadrienni dec.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

CASTELSARDO (*Sassari*). — Scad. 15 feb., consorzio; L. 9240 oltre L. 2200 cav., L. 1584 uff. san. ecc., il tutto già ridotto; tassa L. 25.05.

Catania. *R. Prefettura.* — Ufficiali san. per tre comuni (Motta S. Anastasio, S. Michele di Ganzeria e Castiglione di Sicilia); L. 6000 (per i primi due) e L. 7000, oltre 4 quinquenni dec.; scad. 20 mar.

Como. *R. Prefettura.* — Uff. san. medico-capo del capoluogo; a tutto 31 mar.; L. 17.000 e 3 trienni dec., oltre L. 2500 indennità di grado, L. 1000 serv. att., L. 780 assegno integrativo, compartecipazione 75 %; divieto libero eserc.; età lim. 45 a.; tassa L. 50,20 alla Tesoreria Com.; doc. a 3 mesi dal 15 gen.

Genova. *Spedali Civili.* — Primario medico, primario in pediatria chirurgica, primario in dermosifilopatia e primario in oculistica; stip. L. 5700; scad. 2 marzo. Vice-primario chirurgo, vice-primario medico e vice-primario in pediatria medica; stip. L. 4750; scad. 5 mar. Due assistenti medici ed un assistente ostetrico ginecologo; stip. L. 4275; scad. 20 febbr. Diminuzioni di legge sugli stipendi. Tassa L. 50. Chiedere i relativi bandi di concorso.

Ivrea. *Ospedale Civile.* — Assistente interno della sez. med. con incarico di assistente di radiologia; scad. 17 febb.; età mass. 30 a.; doc. a 3 mesi dal 17 gen.; L. 3080 e percentuali, alloggio, vitto; tassa L. 50,10.

La Spezia. *Ospedale Civile Vitt. Em. III.* — Medico specialista in oftalmoiatria; L. 5700 se ammogliato, L. 5340 se celibe, oltre a quinquenni di L. 500; compartecipaz. 60 % operaz.; nom. e due conferme quinquennali; età lim. 45 a. alla scadenza, 31 marzo.

Lugo (*Ravenna*). — Scad. 10 apr.; L. 7260 e 10 bienni ventes., oltre indenn. c.-v. ridotta, L. 2200 trasp.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

Macerata. *R. Prefettura.* — Uff. san. del capoluogo; L. 11.500 oltre L. 2800 serv. att., eventualmente c.-v., assegno annuo competenze varie L. 2500, 5 quadrienni dec., decurtam. 12 % di legge. Scad. 28 marzo.

Matera. *R. Prefettura.* — Uff. san. e capo dell'Ufficio d'igiene del capol., L. 17.000; uff. san. per 9 comuni, L. 3000 e L. 4000; oltre 4 quadrienni dec. e competenze; età lim. 45 a. al 14 genn.; doc. a 3 mesi; tassa L. 50.20. Scad. ore 12 del 20 mar. Chiedere avviso all'Ufficio del Medico Provinciale.

Milano. *Pio Istituto di S. Corona.* — Per titoli. Medico Direttore degli Istituti Elioterapico-Chirurgico-Ortopedico e Profilattici in Pietraligure (Savona). Stipendio fisso annuo L. 40.000 lorde, oltre L. 10.000, lorde per indennità di residenza. Il tutto con la riduzione disposta dal R. D. L. 20-11-930, n. 1491, nonchè l'alloggio « d'obbligo » in luogo. La nomina sarà, in via di prova, per un anno. Le domande, in carta da bollo da L. 3, per l'ammissione al concorso, insieme ai prescritti documenti in bollo regolare e debitamente legalizzati, l'elenco dei quali con tutte le formalità occorrenti e con le altre notizie si può desumere dall'avviso di concorso da richiedersi alla Segreteria dell'Istituto, dovranno pervenire all'Ufficio Protocollo del *Pio Istituto S. Corona*, via C. Correnti, 13, Milano, non più tardi delle ore 17 del 5 marzo.

Milano. *R. Prefettura.* — Il Prefetto della Provincia di Milano, premesso che deve provvedersi alla nomina dell'Ufficiale Sanitario del Comune di Milano;

Veduta la lettera del Podestà in data 8 gennaio 1931 n. 237738-4113 con cui si chiede che il concorso per la nomina dell'Ufficiale Sanitario abbia luogo per titoli, giusto il disposto dell'art. 4 del R. D. 29 novembre 1925 n. 2266;

Veduto l'art. 18 del Testo Unico delle Leggi Sanitarie 1° agosto 1927 n. 636;

Veduti gli art. 25 e 26 del R. D. 30 dicembre 1923, n. 2889 e l'art. 6 della legge 23 giugno 1927 n. 1070;

Veduto il R. D. 29 novembre 1925 n. 2266;

Veduto il vigente Regolamento generale ed organico per il personale del Comune di Milano;

Determina

da oggi al 15 aprile 1931 è aperto il concorso per il posto di Ufficiale Sanitario del Comune di Milano.

Il concorso è per titoli, salvo alla Commissione giudicatrice la facoltà di sottoporre i concorrenti alla prova di esame a norma dell'ultimo comma dell'art. 4 del R. D. 20 novembre 1925, n. 2266.

Lo stipendio iniziale è di L. 32.000 all'anno al lordo delle trattenute di legge, nonchè della riduzione del 12 % di cui al R. D. L. 20-11-1930 n. 1491. Detto stipendio è suscettibile di sei aumenti quadriennali a norma del Regolamento generale ed organico per il personale del Comune.

Il funzionario nominato a detto posto fruirà inoltre di un supplemento di servizio attivo, non valutabile per la pensione, di lorde L. 3200 all'anno, salva la riduzione di cui sopra, oltre i diritti sanitari a norma di legge, giusta liquidazione da farsi dall'Amministrazione comunale di Milano.

Nessun altro compenso potrà pretendere dal Comune oltre quelli tassativamente indicati nel presente bando.

L'Ufficiale Sanitario del Comune di Milano dovrà provvedere a tutto quanto è o sarà stabilito dalle disposizioni di Stato, o dall'Amministrazione Comunale a termini del Regolamento generale ed organico per il personale del Comune; dovrà pure provvedere senza diritto a speciali compensi a qualsiasi mansione straordinaria inerente al suo ufficio che gli fosse deferita dal Podestà o da chi ne fà le veci.

Qualora il nominato fosse già inscritto al Fondo Pensione del personale dipendente dal Comune di Milano, egli continuerà la propria inscrizione al fondo stesso, con le proprie trattenute. In caso contrario sarà soggetto in quanto concerne il trattamento di quiescenza alle disposizioni che disciplinano la Cassa di Previdenza per le pensioni dei Sanitari.

Gli aspiranti dovranno far pervenire all'Ufficio di Protocollo della Ripartizione Municipale d'Igiene e Sanità, in Via Statuto N. 5, non più tardi delle ore 18 del 15 aprile 1931, le rispettive domande su carta da bollo da L. 3 corredate dei seguenti documenti in carta legale e debitamente legalizzati:

1) Certificato di nascita, dal quale risulti che alla data di pubblicazione del presente bando l'aspirante non ha superato l'età di anni 45. Questo limite di età è elevato di anni cinque per coloro che hanno prestato servizio militare dal 24 maggio 1915 al 4 novembre 1918. Sono esentati dal limite di età:

a) i medici provinciali e i medici provinciali aggiunti, i quali abbiano prestato, per almeno 6 anni, servizio effettivo nell'Amministrazione Sanitaria del Regno;

b) coloro che alla data di pubblicazione del presente bando prestino servizio in un Comune o Consorzio nella qualità di Ufficiale Sanitario con nomina biennale o definitiva, o di impiegati di ruolo presso Uffici d'Igiene o presso Reparti medico-micrografici di laboratori di vigilanza igienica;

c) coloro che alla predetta data abbiano prestato tre anni di ininterrotto servizio in uno stesso Comune o Consorzio, nella qualità di Ufficiale Sanitario a seguito di regolare nomina prefettizia, anche provvisoria;

2) Certificato di cittadinanza italiana. Sono equiparati ai cittadini dello Stato i cittadini di altre regioni italiane, quand'anche manchino della naturalità;

3) Certificato di non aver subìto condanne penali per i titoli indicati nell'art. 25 del Testo Unico della legge comunale e provinciale, approvato con R. D. 4 febbraio 1915 n. 148, salvo che la condanna sia stata seguita da riabilitazione o da amnistia e salva, in questo ultimo caso, l'eccezione contemplata nel n. 10 dell'art. 107 della legge elettorale politica vigente;

4) Certificato di buona condotta morale, civile e politica, accertata dal Podestà o dai Podestà dell'ultima residenza almeno triennale;

5) Diploma di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo in originale o in copia notarile, o diploma in originale o in copia notarile della laurea di medicina e chirurgia, conseguita entro il 31 dicembre 1924, o conseguita entro il 31 dicembre 1925 da coloro che si trovassero nella condizione prevista dall'art. 6 del R. D. 31 dicembre 1923, n. 2909;

6) Certificato di aver adempiuto agli obblighi di leva;

7) Certificato di data recente di sana e robusta costituzione e di idoneità fisica all'esercizio della carica, salva visita di controllo da parte del Medico Provinciale;

8) Ricevuta del Civico Cassiere pel pagamento della tassa di L. 50 dovuta a sensi del R. D. 21 ottobre 1923 n. 2361.

I certificati di cui ai numeri 2, 3, 4 debbono essere di data non anteriore a tre mesi a quella del presente bando.

Nella domanda ogni concorrente oltre al cognome, al nome, alla paternità ed al luogo di nascita, indicherà un recapito, al quale soltanto verranno indirizzate le occorrenti comunicazioni.

La presentazione della domanda implica l'accettazione di tutte le disposizioni che regolano lo stato giuridico ed economico degli impiegati del Comune di Milano, a norma del Regolamento generale ed organico in vigore nello stesso Comune, e delle modificazioni che al medesimo saranno in prosieguo apportate.

Ogni concorrente allegherà alla domanda i titoli scientifici e di carriera che crederà utile, nel proprio interesse, di produrre, descrivendoli in un elenco in due originali, dei quali uno rimarrà unito agli atti ed il secondo gli sarà restituito, con dichiarazione di ricevuta.

Per i concorrenti, a parità di merito, hanno vigore le norme di cui all'art. 3 del R. D. 24 settembre 1923, n. 2073.

La nomina sarà fatta per un biennio di prova, a termini dell'art. 18 del Testo Unico delle leggi sanitarie 1° agosto 1927 n. 636 e dell'art. 11 del R. D. 29 novembre 1925 predetto.

Si intenderà che il nominato avrà rinunciato al posto conferitogli se non assumerà effettivamente il servizio entro 30 giorni dalla data della consegna della lettera di nomina.

Agli effetti dell'ultimo comma dell'art. 6 del ricordato R. D. 29 novembre 1925, e senza che ciò possa attribuire alcun diritto al nominato, si avverte che la popolazione presente del Comune di Milano, esclusa la guarnigione, è stata calcolata al 31 dicembre 1930 in 972.416 abitanti e che l'estensione del detto Comune è di circa mq. 189.306.322.

Milano, 15-1-1931-IX. *Il Prefetto*: FORNACIARI.

MOTTALCIATA (*Vercelli*). — La scadenza del concorso (vedi N. 2 e 3) già fissata pel 31 gennaio è stata prorogata al 28 febbraio.

NAPOLI. *Ospedali Riuniti.* — Concorso a 21 assistenti chirurgici generici e 14 assistenti medici generici; scad. ore 14 del 20 febbr. Concorso a 10 assistenti specializzati (anat.-pat., ostetr.-ginec., dermosifilop., oculistica, elettro-radiol.); scad. ore 14 del 28 febbr. Chiedere bando.

PIETRALIGURE (*Savona*). — Vedi MILANO.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti.* — Concorso a 14 aiuti medici; due anni di assistentato negli Ospedali Riuniti di Roma e conseguita idoneità; età lim. 35 a. al 21 gen.; tassa L. 50; stip. L. 7300 ridotte del 12 % e c.-v. Scad. ore 16 del 28 febbr.

ROTONDELLA (*Matera*). — Per titoli, condotta per i poveri. Stipendio iniziale L. 7000, al lordo delle ritenute, suscettibile degli aumenti di carriera previsti dal Regolamento Sanitario. Età massima anni 40, salvo eccezioni di legge. La domanda, documenti di rito e quietanza della tassa di L. 50, debbono pervenire alla Segreteria Comunale entro il 1° marzo 1931.

S. CROCE DI MAGLIANO (*Campobasso*). — A tutto 15 febbr.; L. 5016 e 3 quinquenni dec.; età lim. 45 a.; tassa L. 50,15; doc. a 3 mesi dal 15 feb.

SULMONA. *Ospedale Civile.* — Medico primario; a tutto 28 feb.; L. 3200, oltre indennità di carica di L. 3500 come direttore; riduz. 12 %; percentuali; età lim. 40 a. Chiedere avviso. Rivolgersi all'Amministraz. della Casa Santa dell'Annunziata.

TERAMO. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Assistente sanitaria visitatrice del Dispensario e di altri servizi; chiedere annunzio alla Segreteria (Palazzo della Provincia). Scad. ore 12 del 28 febbr.

TIGLIOLE (*Alessandria*). — Scad. 31 mar.; L. 7000 e 4 quinquenni dec., oltre L. 2000 trasp., riducibili; tassa L. 50.

TRIORA (*Imperia*). — Per titoli. Stipendio lordo L. 9000 per numero 500 poveri, coll'addizionale di L. 5 per ogni povero in più, oltre all'indennità di L. 500 per Ufficiale Sanitario, di L. 500 per servizio ostetrico fino a che non si sarà provveduto con la Levatrice condotta, più L. 2500 per indennità di cavalcatura. Gli assegni sono soggetti alle riduzioni di cui le vigenti leggi. Cinque aumenti quadriennali di un decimo dello stipen-

dio. La domanda e i documenti, il cui elenco e altre formalità si potranno desumere dal bando di concorso da richiedersi alla Segreteria, dovranno pervenire all'Ufficio Comunale di Triora, entro il 28 febbraio.

VILLANOVA SOLARO (*Cuneo*). — Scad. 15 feb.: L. 8000 oltre L. 1000 trasp., ridotti del 12 %; età lim. 40 a.

CONCORSI A PREMI.

Premio Boas.

La « Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten » offre un premio di 1000 marchi (oltre 4000 lire it.) per la trattazione del tema « Genesi batterica e abatterica dei disordini del pancreas ». Scad. 1° apr. Rivolgersi al segretario generale della Società, Prof. R. von den Velden, Bambergerstr. 49, Berlin W. 30, Germania.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il prof. Dario Maestrini, direttore e primario medico dell'Ospedale Civile di Teramo, ha ora conseguito la libera docenza in tisiologia. Al valente collaboratore ed amico i nostri rallegramenti.

Alla direzione dell'Istituto medico-legale di Rio de Janeiro è stato chiamato il prof. Miguel Julio Dantas Salles.

Alla cattedra di ginecologia ed ostetricia di Königsberg, rimasta vacante per la morte del prof. Zangemeister, è stato chiamato il prof. Ludwig Nürnberger di Halle.

Il prof. Zoltan von Bokay è nominato direttore della Clinica pediatrica di Budapest.

Alla presidenza dell'Accademia di Medicina di Parigi è stato eletto, per il 1931, il dott. de Lepersonne (in sostituzione del dott. Ménétrier).

Alla successione del prof. von Kiehl di Heidelberg sono stati designati: *primo loco* prof. Schittenhelm di Kiel; *secondo e aequo loco* proff. Siebeck di Bonn, Stepp di Breslavia e Straub di Gottinga; la scelta è caduta sul prof. Siebeck.

ORDINE DEI SANTI MAURIZIO E LAZZARO.

Ufficiale: prof. Dalla Vedova Riccardo, Roma.

Cavalieri: proff. De Blasi S. E. Dante, Napoli; Muscatello Giuseppe, Catania; Ovio Giuseppe, Roma; Sabatini Giuseppe, Sassari; Sfameni Pasquale, Bologna; Viola sen. Giacinto, Bologna.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Commendatori: Busi Aristide, Roma; Muggia Alberto, Torino.

Ufficiali: Benedicenti Alberico, Genova; Gasbarrini Antonio, Bologna; Pacchioni Dante, Genova; Patrizi Luigi Mariano, Bologna.

Cavalieri: De Gaetani Giunta Giovanni, Catania; Fabris Aldo, Genova; Loreto Corrado, Roma.

La medaglia d'oro dell'Associazione Medica del Sud Africa per servizi eminenti resi alla professione è stata assegnata, per la prima volta, al dott. William Darley-Hartley, il quale conta 74 anni e la cui attività si è svolta prevalentemente nel campo del giornalismo medico.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Milano.

Conferenza del sen. Baldo Rossi.

Come è stato annunziato, il prof. sen. Baldo Rossi tenne, alla prima seduta dell'Accademia Medica Lombarda, una conferenza sul tema: *L'anestesia nella chirurgia moderna.*

L'illustre chirurgo dopo avere accennato all'importanza della narcosi per l'esito degli interventi chirurgici narrò un po' di storia dei vari tentativi fatti attraverso i tempi. L'aforisma ippocratico: *divinum opus sedare dolorem* fu sempre presente alla chirurgia di ogni secolo e si inseguì sempre il narcotico ideale non mai finora raggiunto. Però fu alla metà del secolo IX che si affermò una definitiva teoria della narcosi e una conseguente pratica. Da allora in poi il cloroformio e l'etere intesi e adoperati con varie concezioni e vari metodi si contesero il primato dell'anestesia chirurgica, senza però mai eliminare una certa quantità di inconvenienti che rese sempre dubbio e incerto il criterio del valore assoluto della anestesia. Da qualche tempo è entrata nella pratica la narcosi a gas e pare che essa oltre ad eliminare affatto gli inconvenienti dei vecchi metodi per inalazione di vapori e per iniezione, offra vantaggi d'ogni sorta tanto al malato quanto all'operatore. Il chiaro oratore espose a lungo la manipolazione e l'applicazione del nuovo metodo di narcosi, e vantò il munifico appoggio dato dall'industriale milanese comm. Emilio Brambilla il quale, andando incontro alle nuove teorie, seppe costruire apparecchi specialissimi di narcosi a gaz, che oltre alla loro superiorità sugli apparecchi esteri fin qui usati offrono al chirurgo tutte le garanzie di un'applicazione sicura e razionale. La narcosi a gaz dunque sembra ormai prendere il definitivo sopravvento sui vecchi anestetici per intervento chirurgico ed è da augurare all'arte medica italiana che tale narcosi entri nella pratica comune a vantaggio della clinica operatoria e della salute degli infermi.

La chiara e dotta esposizione del sen. Baldo Rossi fu assai applaudita dall'affollatissimo pubblico, composto in maggioranza di medici.

Aggiungiamo che nel « Policlinico » (Sez. Chirurgica, 15 ag. 1929) è stato pubblicato un lavoro del prof. V. Ghiron sull'anestesia etilenica e che il procedimento, sperimentato largamente nella R. Clinica chirurgica di Roma, non si è dimostrato scevro d'inconvenienti.

NOTIZIE DIVERSE.

Calendario dei Congressi medici.

Marzo 30-Aprile 2, Bordeaux: 1° Congresso francese di tisiologia. (Segreteria: Comité National de la Défence contre la Tuberculose, boulevard Saint-Michel 66, Paris VIe).

Aprile 7-12, Bordeaux: 25° Congresso dei medici alienisti e neurologi di lingua francese. (Segretario: Dr. R. Anglade, Asile de Château-Picon, Bordeaux).

Aprile 18-19, Milano: Convegno medico nazionale di rivendicazioni italiche. (Rivolgersi: via Vallazze 39, Milano).

Aprile 20-26, Milano: 2° Congresso internaz. di tecnica e igiene urbanistiche. (Segreteria: piazza del Duomo 17, Milano).

Aprile 23 e ss., Ginevra: Conferenza europea d'igiene rurale. (Delegato: prof. V. Puntoni, via Palermo 58, Roma 5).

Aprile 24-26, Trieste: 4° Congresso nazionale di talassoterapia. (Segreteria: Ospedale Regina Elena, Sindacato Fascista Medici, Trieste).

Aprile, data indet., Milano: 3° Congresso ital. di microbiologia. (Segreteria: via Darwin 20, Milano).

Aprile, data indet., Madrid: 1° Congresso iberico di ostetricia e ginecologia. (Segr.: sr. Francisco Haro, Serrano 74, Madrid).

Maggio 24-25, Vittel: Congresso sulla litiasi. (Rivolgersi: Sécrétariat général du Congrès de la lithiase, Vittel, Francia).

Maggio 24, Bucarest, 1° Congresso romeno sulla tubercolosi. (Segr.: sig. Naste, Spitalul Carol Cavila, Bucuresti).

Maggio 25-27, Parigi: 16° Congresso di medicina legale di lingua francese. (Segr.: prof. Pied Livre, Faculté de Médecine).

Maggio 25-29, Berck-Plage: 6° Congresso internazionale di talassoterapia. (Segr.: Dr. Moser, Hôpital Maritime, Berck-Plage, Pas-de-Calais, Francia).

Giugno 8-14, Vienna, 2° Congresso internazionale ospedaliero. (Segr.: prof. Tandeler, Rathausstrasse 9, Wien I).

Giugno 15-20, L'Aja: 6° Congresso internaz. di medicina e di farmacia militari. (Segretario gen.: jonkheer Sandberg van Boelens, Service de Santé, Ministère de la Guerre, La Haye, Paesi Bassi).

Giugno 21-25, Bruxelles: 11° Giornate Mediche di Bruxelles. (Segr.: Dr. Beckers, rue Belliard, 145, Bruxelles, Belgio).

Luglio 20-25, Londra: 2° Congresso internaz. di ortodontia. (Rivolgersi: Morton, Pope & Co., St. James Str. 7, London).

Luglio 26-31, Parigi: 3° Congresso internaz. di radiologia med. (Segr.: Dr. Ledoux-Lebard, rue de la Boëtie 122, Paris VIIIe).

Agosto 3-8, Parigi: Congresso internazionale di odontologia. (Segretariato: rue de la Tour-d'Auvergne 45, Paris).

Agosto, data indet., Ginevra: 6° Congresso internazionale di infortunistica e medicina professionale. (Segr.: Dr. Yersin, rue de la Monnaie 3, Genève, Svizzera).

Agosto 31-Settembre 4, Berna: 1° Congresso internazionale di neurologia (Segr.: Dr. Ch. Dubois, Falkenhoeheweg 20, Berna, Svizzera).

Settembre, data indet.: Mosca. Congresso panrusso di ginecol. e ostetr. (Rivolgersi: Istituto Scientifico Protezione Maternità e Infanzia, Ponjiik 3, Mosca).

Ottobre 5-10, Parigi: Congresso francese di chirurgia. (Segreteria: rue de la Seine 10, Paris VIe).

Ottobre 7-9, Parigi: Congresso francese d'urologia. (Rivolgersi: Dr. O. Pasteau, avenue de Villars 13, Paris VIIe).

Ottobre 9-10, Parigi: 13° Congresso francese d'ortopedia. (Rivolgersi: Dr. Sorrel, boulevard Saint-Germain 179, Paris).

Ottobre 14-18, Parigi: 2° Congresso internaz. di patologia comparata. (Segreteria: rue Gustave-Nadaud 7, Paris XVIe).

Ottobre, data indet., Bari: Congressi italiani di chirurgia, di medicina interna e di urologia. Milano: Congresso italiano di ortopedia.

Ottobre, data indet.: Buenos Aires: 1° Congresso argentino di neuro-psichiatria e medicina legale. (Segretari: D.ri José C. Bebly, Julio L. Hanon e Roque Orlando, Santa Fé 1171, Buenos Aires).

Dicembre, data indet., Avana: 8° Congresso medico cubano. (Segr.: Miguel A. Brandy, Maléon 15, Habana, Cuba).

Al Consiglio Nazionale delle Ricerche.

Sotto la presidenza di Guglielmo Marconi il Consiglio nazionale delle ricerche ha esaminato e approvato le relazioni sull'attività svolta dai dodici Comitati nazionali e le proposte per le ricerche da eseguirsi durante il 1931.

Per la medicina riferirono l'accademico prof. De Blasi, presidente e il prof. Messea, segretario. Le ricerche eseguite su larga base si rivolsero al reumatismo cronico, vera e propria malattia sociale, all'anchilostomiasi, alla febbre ondulante nei rapporti col bacillo Bang, e all'azione terapeutica della luce sull'organismo umano.

Il Comitato per la Biologia, relatori l'accademico prof. Bottazzi, presidente e prof. Visco, segretario, ha svolto e sta svolgendo ricerche sui problemi dell'alimentazione, sulla fisiologia del lavoro e sulla fisiologia dell'aviazione. Esso ha condotto a termine una vasta indagine estesa a parecchie regioni d'Italia sul modo come si alimenta il popolo italiano. L'esame dei risultati fornisce elementi del più alto interesse.

Il prof. Bottazzi alla fine della riunione, interpretando il sentimento di tutti i colleghi, rivolge un vivo ringraziamento a Guglielmo Marconi che con tanto amore presiede al Consiglio delle Ricerche a cui tanto s'interessa.

L'O. rileva la frase felicissima del presidente quando ha detto che appunto perchè l'economia generale è in condizioni difficili gli aiuti alla ricerca scientifica non solo non devono essere diminuiti ma debbono essere intensificati.

6° Congresso Internazionale di medicina e farmacia militare.

La data del VI Congresso Internazionale di Medicina Militare è stata modificata; esso si terrà all'Aja dal 15 al 20 giugno con un attraente programma di festeggiamenti e di escursioni complementari di 3, 4 o 5 giorni nell'Olanda.

La tassa d'iscrizione è fissata in 10 fiorini (circa 75 lire italiane) con il diritto alle pubblicazioni del Congresso. La tassa per i membri associati, signore, ecc. è di 5 fiorini.

Le iscrizioni debbono indirizzarsi al Segretariato del Congresso: Inspection du Service de Santé de l'Armée - Ministère de la Guerre - La Haye (Pays-Bas).

Riduzioni ferroviarie: Francia ed Italia 50 %, Germania 25-30 %, Czecoslovacchia 33 %, Austria 25 %, Belgio 35 %, ecc.

Ribassi sono concessi anche dalle Società di navigazione e dalle Compagnie aeree.

Per facilitare il rilascio dei documenti e praticamente il biglietto ridotto, il Comitato permanente dei Congressi Internazionali di Medicina Militare, ha incaricato l'Agenzia Thos. Cook di combinare i biglietti ridotti.

Per ottenerli è sufficiente rivolgersi alla più vicina Agenzia Cook, la quale può eventualmente anche incaricarsi per gli alloggi dei congressisti.

Una lista di alberghi con l'indicazione dei prezzi sarà pubblicata quanto prima.

Tenuta: L'uniforme militare non è obbligatoria.

Nelle serate e nei ricevimenti ufficiali la gran tenuta con decorazioni è raccomandata.

Per maggiori schiarimenti rivolgersi alla Direzione di Sanità del Corpo d'Armata di Roma ovvero alla Direzione del « Giornale di Medicina Militare », Ministero della Guerra, Roma.

Un Convegno medico nazionale.

Immediatamente in precedenza del Congresso Internazionale di Tecnica Sanitaria e di Igiene Urbanistica (20-26 aprile) si terrà in Milano un Convegno Medico Nazionale, corrispondente a quei raduni che, negli scorsi anni, costituirono la « Giornata Medica »; la quale, nel 1930, ebbe un programma principalmente riguardante la Idrologia (« Giornata Idrologica »), ottenendo un ottimo successo.

Nel 1929, insieme ad una Mostra della Stampa Medica Italiana, vennero svolti, da parte di illustri maestri, argomenti pertinenti alla « Stampa Medica », risultandone un complesso illustrativo che ha avuto larghissima eco in Italia e all'estero.

Il Convegno Medico del 1931, che avrà luogo nei giorni 18 e 19 aprile, potendosi fruire dei ribassi ferroviari concessi per la Fiera di Milano, avrà nel programma le Rivendicazioni italiane nel campo della Medicina e Chirurgia, dell'Igiene, della Medicina Sociale.

Si potranno intendere per Rivendicazioni anche le rievocazioni di uomini e di studii, che siano stati dimenticati, o che non siano abbastanza ricordati; si rivendicherebbe, quindi, dalla ingiusta dimenticanza quanto merita sia ricordato.

Un Comitato esaminerà ciascuna rivendicazione che voglia esporsi, così da selezionarle, e quando sia il caso, farne dei gruppi secondo gli argomenti affini, per modo da evitare ripetizioni, e da ottenere un logico legame d'insieme.

L'Ufficio Stampa Medica Italiana (USMI, via Vallazze 39, Milano) provvederà al lavoro di organizzazione del Convegno che si svolgerà sotto gli auspicii del Sindacato Medico di Milano, e dell'Ente autonomo « Fiera di Milano ».

35° Congresso francese di neuro-psichiatria.

L'Associazione dei medici alienisti e neurologi della Francia e dei paesi di lingua francese terrà la sua 35ª riunione a Bordeaux, dal 7 al 12 aprile (invece che dal 27 marzo al 2 aprile). I temi restano quelli già annunziati.

Quota: franchi 75 per i membri titolari, 80 per gli aderenti, 50 per gli associati (persone di famiglia). Informazioni e iscrizioni presso il Dr. D. Anglade, Asile de Château-Picon, Bordeaux.

Corso complementare d'igiene pratica a Firenze.

Avrà luogo, per aspiranti al titolo di ufficiale sanitario, a partire dal 2 marzo, per la durata di un bimestre, sotto la direzione del prof. F. Neri. Modalità consuete. Iscrizioni fino al 28 febbraio, presso la Segreteria della Facoltà di medicina e chirurgia (via degli Alfani 33). Tassa di iscrizione e contributo di laboratorio L. 351 complessive, da corrispondere alla Cassa della R. Università (Cassa di Risparmio in Firenze, via Bufalini 6).

Corsi di perfezionamento in oto-rino-laringologia a Strasburgo.

Nel 1931 avranno luogo due corsi: uno sulla chirurgia delle amigdale, della durata di 3 giorni (30 marzo-1° aprile), ed uno sulla tecnica operatoria e la terapia chirurgica nella specialità, dal 16 al 26 luglio. Per informazioni rivolgersi al prof. Georges Canuyt, Nouvelle Clinique Oto-Rhino-Laryngologique, Hôpital Civil, Strasbourg, Francia.

Corsi di perfezionamento a Berlino.

Con l'appoggio della Facoltà medica universitaria, della Lega dei docenti per i corsi di vacanze e della Casa Imperatrice Federico, si terranno prossimamente quattro corsi internazionali di perfezionamento: patologia (2-7 marzo, onorario 50 RM.); diagnostica e terapia per i medici pratici (9-21 marzo, 75 RM); roentgenologia pratica (22-29 marzo, 80 RM); chirurgia (13-18 aprile, 75 RM). Inoltre hanno luogo singoli corsi in tutti i campi della medicina con esperimenti pratici.

Per l'ottobre sono preordinati corsi in medicina interna, chirurgia toracica, chirurgia, terapia fisica e dietetica. Per informazioni scrivere alla: Dozentenvereinigung, Luisenplatz 2-4, Berlin NW 6, Germania.

Scuola di perfezionamento in Medicina Legale.

Le iscrizioni alla Scuola, di cui abbiamo dato notizia nel N. 3 (p. 108), si riceveranno sino al 18 febbraio.

Alla scuola di medicina coloniale militare di Marsiglia.

Il 6 gennaio venne inaugurato a Marsiglia il corso d'esercitazione pratica, pel 1931, della Scuola d'applicazione del servizio sanitario per le truppe coloniali. Dopo un discorso del gen. med. L'Herminier, direttore della scuola, tenne la lezione inaugurale il prof. Tanon, della Facoltà medica di Parigi, il quale svolse il tema: « I rapporti tra la clinica e il laboratorio ».

Operai dell'industria assicurati contro le malattie.

Tra la Confederazione nazionale dei Sindacati fascisti dell'industria e la Confederazione dell'industria veniva stipulato, lo scorso anno, uno statuto-tipo, per la costituzione ed il funzionamento delle casse assicuratrici contro i rischi delle malattie. In seguito alla pubblicazione di tale statuto-tipo e, precisamente, dalla seconda quindicina di luglio al 31 dicembre dello scorso anno, sono state costituite, a prescindere da quelle già esistenti, numerose casse mutue a favore delle varie categorie dei lavoratori dell'industria.

Istituto Italiano per la diagnosi e la cura dell'asma e delle altre malattie allergiche.

È stato inaugurato in Bellagio (Lago di Como) un Istituto Italiano per la diagnosi e la cura dell'asma e delle altre malattie allergiche. È modernamente dotato di quanto è necessario perchè, dal punto di vista clinico, degnamente gareggi con i pochissimi altri del genere già esistenti in Europa. Il materiale per la determinazione e la desensibilizzazione dello stato allergico (estratti di polline, proteine, colture batteriche, ecc.) è appositamente preparato nei laboratori dell'Istituto sotto il controllo dell'Istituto Sieroterapico Milanese. Patologi, clinici, specialisti dell'Ateneo Milanese, hanno assunto la consulenza del nuovo Istituto. I medici cui interessassero schiarimenti e notizie più dettagliate, possono rivolgersi all'Istituto medesimo od al direttore dott. P. Sangiorgi.

I servizi igienico-sanitari nella Città del Vaticano.

Già prima del concordato e del trattato 11 febbraio 1929, esisteva un corpo sanitario dei SS. Palazzi Apostolici e dell'Ospedale di Santa Marta. Il prof. Aminta Milani, cui dal Governatore della Città è stata affidata la direzione dei servizi igienico-sanitari, non ha mancato di tenerne conto, nell'organizzare i servizi stessi. Egli ha mantenuto l'antica divisione in medici effettivi e soprannumerari o supplenti. Interessa notare che non vi sono categorie di gradi; l'assegno è uguale per tutti; il medico più anziano sostituisce il direttore. L'organico comprende 21 medici, cioè 1 direttore, 8 effettivi e 12 soprannumerari. I servizi sono: 1° Guardia medico-chirurgica permanente, disimpegnata da 2 effettivi e 3 soprannumerari; 2° Ambulatorio medico-chirurgico, che funziona quotidianamente; 3° Assistenza sanitaria domiciliare, per il personale inscritto in uno speciale elenco e per le famiglie rispettive; 4° Visite mediche di controllo, per l'assunzione e la riforma del personale e per il personale dipendente fuori della città; 5° Igiene pubblica, comprendente la vigilanza, la profilassi, la polizia sanitaria e i problemi d'igiene; questo servizio è in rapporto con l'Ufficio d'igiene del Governatorato. I servizi d'assistenza trovano appoggio nella Farmacia Vaticana, alla quale attendono i frati Fatebenefratelli. Nell'ambulatorio sono stati esaminati fin'ora oltre un migliaio di pazienti.

La Società Medica di Berlino.

Ha celebrato il suo 70° anniversario con un discorso del presidente, prof. Goldscheider, sui progressi della medicina durante gli ultimi 70 anni, discorso nel quale egli ha preso più specialmente in esame i problemi sociali e politici; nonchè con una conferenza del prof. Hahn, sull'igiene nelle grandi città.

Per l'esercizio della odontologia in Francia.

Il ministro francese dell'igiene on. Ferry ha chiesto il parere dell'Accademia di Medicina di Parigi, sull'opportunità di limitare l'esercizio dell'arte dentaria ai soli medici (analogamente a quanto si pratica in Italia). L'Accademia ha nominato una Commissione per lo studio del problema, così composta: Roger, Balthazard, Radet, Sébileau e Le Sieur.

Carta epidemiologica dell'anchilostomiasi in Italia.

Il Consiglio Nazionale delle Ricerche, fedele alla sua missione di favorire e coordinare le ricerche scientifiche d'utilità sociale, ha fondato un premio di diecimila lire per la costruzione di una carta epidemiologica, dimostrativa dello svolgimento dell'anchilostomiasi in Italia.

I rilievi epidemiologici rigorosi costituiscono la condizione preliminare di una lotta efficace e bene ordinata; quindi è molto opportuna la misura del C. N. R.

Dati demografici sull'Italia.

Secondo i dati raccolti dal nostro Istituto centrale di statistica, nel 1930 si sono avute, in Italia, 1.085.163 nascite (26 ‰), con un aumento di 44.768 sul 1929 (25,2 ‰); le morti sono state 570.161 (13,7 ‰: è il coefficiente più basso fin'ora toccato); l'eccedenza delle nascite sulle morti risulta di 570.161 unità; la popolazione dell'Italia al 31 dicembre 1930 raggiungeva 42.374.801 abitanti, dei quali 41.846.098 presenti nel Regno.

La pandemia d'influenza.

In moltissimi Paesi sono segnalate epidemie d'influenza, fortunatamente con carattere benigno.

Un villaggio di ciechi.

Il piccolo villaggio di Tihepec, nel Messico (stato di Oaxaco), è abitato interamente da ciechi. La perdita della vista si determina quasi regolarmente nel primo anno. Ipotesi svariate sono state emesse per spiegare il fenomeno. Secondo una comunicazione fatta or è qualche tempo dal dott. Ramon Pardo all'Accademia Medica di Madrid, esso è provocato da una filaria, *Onchocerca coecutiens*, inoculata da un moscerino della famiglia dei simulidi, il quale attinge il parassita nei pipistrelli, che popolano in gran numero il villaggio e nidificano nelle stesse abitazioni umane.

Le filarie inoculate s'incistano, producendo dei tumori superficiali di varia grandezza, in prevalenza nella regione del capo. Elaborano una tossina neurotropa, che provoca una cecità più o meno completa.

La malattia si osserva pure in località prossimiori, ma vi è molto meno frequente.

Il medico tedesco Max Weihmann ha proceduto ora all'asportazione chirurgica di numerosi tumori e, per tal modo, è riuscito in molti casi a restituire la vista, nonchè a prevenirne la perdita nei bambini. La distruzione sistematica dei pipistrelli potrà avere definitivamente ragione della strana endemia.

Un premio ai dottori Whipple e Minot.

Il periodico « The Popular Science Monthly » ha offerto un premio di 10.000 dollari, pari a circa 200.000 lire it., ai dottori G. H. Whipple (dell'Università di Rochester) e G. R. Minot (dell'Università Harvard di Boston) per le loro ricerche sull'epatoterapia delle anemie.

Martirologio medico.

Il dott. Venanzio Sciolla, trentenne, è stato ridotto in fin di vita da due colpi di revolver esplosi contro di lui da un brigadiere dei carabinieri, Franco Giacomo, la cui ragione era stata sconvolta pel dolore cagionatogli dalla perdita della moglie, del che egli accusava l'imperizia del medico. Il grave fatto di sangue si è svolto a Netro (Biella). Un proiettile ha perforato un polmone del sanitario.

Il prof. Raviart, medico capo dell'asilo degli alienati di Esquermes (Lilla), è stato ferito, per fortuna non gravemente, al ventre e al braccio, da due colpi di revolver esplosi contro di lui da una ricoverata, evasa la mattina stessa e che egli non aveva ancora visitata (egli era appena tornato da un Congresso adunatosi a Barcellona).

Fatti tragici del genere si ripetono con allarmante frequenza.

Stoicismo di un medico.

Il prof. Quirino Sergi, direttore dell'Ospedale Civile di Matelica, pur trovandosi immobilizzato a letto per frattura del piede sinistro, si è fatto trasportare all'Ospedale per prestare l'opera sua in un caso di parto distocico. L'atto generoso ha destato viva ammirazione.

Centenario di Jaccoud.

L'Accademia di Medicina di Parigi ha celebrato il centenario della nascita di Sigishmond Jaccoud, il quale fu per un dodicennio segretario generale del sodalizio.

Jaccoud ha esplorato e approfondito con maestria tutti i campi della medicina, armonizzando l'universalità delle sue conoscenze con la precisione logica delle sue deduzioni. Vanno specialmente ricordate le sue nozioni sulla contagiosità e sulla curabilità della tubercolosi, nozioni che precedettero la scoperta di Koch e l'epoca dei sanatori; egli fu anche un promotore della difesa sociale contro la malattia. Di Jaccoud vanno ricordati gli studi sulla cura del reumatismo articolare acuto, quelli sul cuore (segno di Jaccoud), ecc.

Era dotato di attitudini oratorie e didattiche brillanti. Appassionato di letteratura e di arte, sovratutto di musica, e questa negli ultimi anni costituì la sua distrazione favorita.

È morto a Milano, in età di 57 anni, il dott. VALERIO VALERIO, primario chirurgo della Casa di S. Giuseppe, direttore della Guardia Medica di Porta Venezia, ispettore della Mutua Metallurgica; copriva molte altre cariche nel campo dell'assistenza e della beneficenza pubbliche. Si distinse molto nei servizi sanitari di guerra (andò volontario) e nel campo del fascismo.

A. P.

Indice alfabetico per materie.

A. Pozzi, resp.

V. Ascoli, Red. capo.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXVIII Roma, 9 Febbraio 1931 - IX Num. 6

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ospedale Coloniale Vittorio Emanuele III in Tripoli.

Sulla cura medica dell'ascesso epatico amebico.

Prof. TOMMASO CASONI, medico primario e libero docente.

È ormai nozione acquisita alla scienza che la cura dell'ascesso epatico amebico è di competenza medica, e che la emetina, alcaloide dell'uragoga ipecacuanha, ne è il suo rimedio specifico, così come il mercurio lo è per la sifilide, il chinino per la malaria e i salicilici per il reumatismo articolare acuto.

Ma se ormai tutti sono d'accordo nella indicazione della cura medica con l'emetina nell'epatite amebica allo stadio di congestione epatica e all'inizio del processo colliquativo quando la raccolta è ancora di piccolo volume, vi è però ancora qualcuno che a tutt'oggi ritiene che si debba intervenire subito chirurgicamente quando il processo è avanzato e l'ascesso è già costituito e molto voluminoso, mentre vi sono altri che non vedono neppure in ciò una limitazione alla cura medica.

Mi è sembrato perciò non inutile ritornare sull'argomento portando il contributo di alcune osservazioni.

Dopo che Vedder nel 1912 scoprì l'azione di questo alcaloide sulle amebe e Rogers nel 1913 ne introdusse l'impiego sistematico nella cura dell'amebiasi, Rouget fin dallo stesso anno esperimentò con esito incoraggiante l'emetina nell'ascesso amebico del fegato. Seguì senza interruzione dal 1914 al 1918 una lunga serie di sperimentatori i quali trovarono abbondante materiale durante la guerra, e fra i tanti ricorderò Boeri, Martinez, Mauté, Fiessinger, Armand-Delille, Boidin, Mattei, Mauriquand, Faraut, Achard, Gaglio, Chauffard e Françon, Rogers.

Il risultato di tutti questi numerosi studi portò alla conclusione che la cura medica con l'emetina era efficace nella complicanza epatica della dissenteria amebica a condizione che si sorprenda il processo patologico nello stadio presuppurativo, giacchè ad ascesso formato si doveva intervenire chirurgicamente associando però all'atto operatorio la cura emetinica. Augé e Brocq nel 1917 concludevano: « prima iniezione di emetina, poi intervento con la puntura o con la incisione se questa è necessaria ».

Nel 1918 comparve il primo contributo di Pontano il quale in base alle esperienze su tre casi di ascesso epatico amebico, di cui due accertati con la puntura esplorativa, concludeva che « la sola cura emetinica poteva aver ragione dell'ascesso epatico costituito, anche quando comuni bacteri coltivabili, inquinavano il liquido ascessuale ». Quasi contemporaneamente Arcangeli scriveva che l'ascesso epatico: « è quasi sempre amebico, e guarisce rapidamente e sicuramente con la sola cura emetinica, senza operazione e senza svuotamento, anche se enorme ».

Comparvero in seguito altri autori i quali portarono il loro contributo per dimostrare che l'ascesso epatico costituito, controllato con la puntura esplorativa e talvolta con la biopsia, guariva con la sola cura medica. Molto interessanti e dimostrativi, a tale riguardo, sono i casi descritti da Castigliola nel 1920. Egli in due suoi ammalati aveva diagnosticato clinicamente, con punture e indagini di laboratorio, la epatite colliquata. Deciso l'intervento chirurgico, iniziava immediatamente il trattamento emetinico massivo, e dopo un giorno in un caso, dopo due giorni e mezzo nell'altro la biopsia più attenta con le manovre più pazienti di esplorazioni a cielo aperto, non gli fece più trovare la presenza dell'ascesso, ma solo, là ove era presumibile la presenza di esso, una maggiore resistenza ed una colorazione più intensa del fegato. Da ciò Castigliola deduceva che « la cura della dissenteria amebica e delle sue complicanze più che chirurgica è medica », ed aggiunse: « tranne nei casi di grande ascesso del fegato, o quando si constata la complicanza piogena di esso con germi coltivabili in terreni comuni, casi nei quali le due terapie debbono essere abbinate ».

Questa limitazione trovò una conferma con Izar, che ha trattato con grande competenza le metastasi amebiche, e che considera spettanti alla cura chirurgica, con parallelo trattamento medico, le epatiti colliquate di natura mista amebica e bacterica, le quali, secondo lui, richiedono una larga apertura come se si trattasse di ordinario flemmone, e con Valassopoulo il quale riconosceva che l'emetina doveva passare in seconda linea nei casi di associazione bacterica; ma ebbe una ferma opposizione da Pontano il quale sostenne in base ad altre osservazioni che i germi coltivabili, che eventualmente si trovano nel materiale colliquato dell'ascesso, hanno solo valore di saprofiti, sui quali avranno ragione la cellula epatica o le cellule mobili non appena l'emetina avrà vinta la causa morbosa necrosante.

Ed infatti egli dimostrò che avendo curato con successo 25 casi con la emetina, ne aveva avuto fra questi cinque in cui aveva trovato dei germi (stafilococchi, streptococchi, bacterium coli). Tali germi non avevano per nulla modificata la qualità del pus, il quale aveva mantenuto i suoi caratteri di origine protozoaria, e la guarigione era avvenuta completa come negli altri casi. In base a ciò egli fu indotto ad affermare che con la sola cura medica « risultato di completa guarigione si ottiene se i germi complicanti coltivabili non modificano le qualità microscopiche del prodotto necrotico », mentre solo sarà da « applicare la cura chirurgica quando il prodotto morboso si è trasformato in vero pus nel quale i germi piogeni abbiano preso il sopravvento».

Nel 1922 anche Rogers, che nel '18 aveva distinto il processo infiammatorio nei due stadi presuppurativo e suppurativo, non trovava più netta questa distinzione dal punto di vista terapeutico e vedeva la possibilià della cura emetinica ad ascesso costituito, e Chauffard nel 1925, che ormai condivideva gli stessi concetti, comunicava di aver guarito un grosso ascesso epatico con la sola cura emetinica.

Dopo di ciò la cura medica dell'ascesso epatico con l'emetina era ormai universalmente accettata: solo qualcuno vi metteva altre limitazioni. Françon, Petridis, Izar, ecc., trovavano nella età e nella grandezza dell'ascesso delle controindicazioni alla cura medica o per lo meno volevano associata a questa o lo svuotamento o l'intervento chirurgico; ma l'esperienza in breve dimostrò che anche gli ascessi inveterati e quelli molto voluminosi guarivano con la sola cura emetinica, senza svuotamento e senza intervento. Fontan ed altri chirurghi trovarono anche nella estrema gravità del malato l'indicazione di un immediato intervento, ma si vide che il malato di ascesso epatico, anche in condizioni gravi tollerava assai meglio iniezioni ripetute di emetina che non un atto operatorio, anche se eseguito nel modo più rapido e con anestesia locale, e che, raggiungendo rapidamente dosi generose di emetina, si poteva veder cambiato in pochi giorni una situazione gravissima.

La perforazione nei bronchi, che è l'evenienza clinica più frequente, veniva dapprima considerata come indicazione per un rapido intervento, ma dopo il caso di Chauffard il mondo medico ne ha seguito l'esempio e si è convinto che alla chirurgia, sempre difficile delle perforazioni bronchiali, va sostituita la cura medica.

Pontano, tenace e convinto sostenitore in

Italia del concetto che l'emetina per sè sola possa determinare la guarigione dell'ascesso epatico amebico, in base all'esperienza di 18 casi, giungeva nel 1920 a questa conclusione: « l'ascesso epatico amebico costituito guarisce con la sola cura medica. Il cloridrato di emetina, somministrato per via sottocutanea o intramuscolare, arresta il processo morboso necrotico, mentre un lento, talvolta un rapido riassorbimento si determina nel contenuto ascessuale. Nè la gravità del malato, nè la grandezza della lesione, nè l'età dell'ascesso sono controindicazioni alla cura medica: si ha ragione colla cura emetinica anche dell'ascesso voluminoso, anche dell'ascesso inveterato. L'ascesso epatico considerato come localizzazione epatica dell'ameba hystolitica, deve rimanere nel dominio della terapia medica ». Conclusioni che ribadiva nel 1926 dopo numerose altre prove (in tutto 25 casi), aggiungendo che le sole controindicazioni alla cura medica sono le seguenti: « 1) complicante associazione bacterica, solo quando il processo morboso acquisti in virtù della complicanza settica, caratteri di vero pus; 2) la perforazione nella pleura, nel pericardio, nel peritoneo».

Ma nonostante tanta chiarezza di osservazioni, nonostante i dettami ormai concordi di numerosi autori di tutto il mondo scientifico, noi a tutt'oggi nella pratica corrente vediamo ancora affidati alle mani del chirurgo, e da questi aperti, degli ascessi amebici del fegato che avrebbero potuto guarire con la solo cura medica.

Veramente il nome di *ascesso*, dato a questa localizzazione epatica della dissenteria amebica, è improprio, e richiama troppo alla mente di molti il vecchio precetto chirurgico « *ubi pus evacua* » e la necessità di ricorrere al bisturi liberatore; e poichè non di vero e proprio ascesso contenente pus si tratta, ma di un processo di colliquazione necrotica di origine protozoaria, è più appropriato di chiamare, come fa Izar, questo processo morboso *colliquazione epatica amebica*, così che, come non viene in mente ad alcuno di aggredire chirurgicamente una gomma da sifilide terziaria negli organi interni, allo stesso modo nessuno più penserebbe di aprire una colliquazione epatica da amebe.

E non solo nella pratica corrente, ma anche nelle riviste scientifiche non è difficile vedere ancora pubblicate relazioni di interventi operativi eseguiti in casi di ascessi epatici da amebe. Molto recentemente Bertone (1929) illustrando una serie di casi di ascesso epatico operati da Giordano, riferisce molti interventi in casi di ascessi amebici del fegato. Riporto a titolo di esempio l'ultimo: si trattava di un individuo con dissenteria amebica accertata con l'esame delle feci, che, senza causa apprezzabile cominciò ad avvertire un dolore sotto l'arco costale destro che crebbe fino a togliergli il respiro, ed ebbe febbre a 40° con brividi. Entrò in ospedale il 7-5-27 con dolore e difesa muscolare alla palpazione del quadrante superiore destro. Fu fatta la puntura esplorativa intraepatica e ne uscirono 5 cmc. di pus denso color marmellata di prugne. Lo stesso giorno fu eseguita l'operazione che diede esito ad abbondante liquame color decotto di castagna, che bagnava poco la medicazione: caratteri questi che confermavano la natura amebica della raccolta epatica. Il giorno dopo si iniziarono le iniezioni di emetina.

Per quanto sopra si è riferito si deve ammettere che questo malato sarebbe guarito anche con la sola cura medica e senza correre il rischio di un atto operatorio.

E Cassitto (1927) ha riferito di aver curato chirurgicamente otto casi di ascesso epatico amebico, associando in *alcuni* casi alla cura chirurgica quella emetinica prima e dopo l'intervento. Sopra otto casi ha avuto cinque guariti e tre morti. Egli ha avuto cioè una mortalità del 36,66 %, troppo alta invero quando si pensi che nei casi trattati convenientemente con la sola cura medica la morte è eccezionale.

Non sarà quindi fuor di proposito la pubblicazione dei seguenti casi:

CASO I. — Z. Giacomo, di anni 25, commerciante, proveniente da Misurata. Entra nel Reparto medico il 24-III-28 al letto n. 13.

Nulla di notevole nel gentilizio e nell'anamnesi remota. Venne in Tripolitania a 21 anni per il servizio militare, e, congedato, si stabilì a Misurata. Non è luetico, è modico bevitore e fumatore.

Dalla storia si rileva che due anni fa ebbe dei disturbi intestinali consistenti in scariche liquide, talora accompagnate a muco sanguinolento, dolenzia all'addome e talora tenesmo. Tali disturbi durarono, con alternative di miglioramenti e di peggioramenti circa 5 mesi, e si dileguarono lasciandolo indebolito ed anemico, tanto che fu assoggettato ad una cura arseno-ferruginosa. Nell'ottobre 1927 cominciò a soffrire di cefalee, a perdere l'appetito ed a notare una insolita irregolarità nelle funzioni intestinali, ed in breve tempo avvertì una prostrazione generale mai provata. In un giorno di novembre fu preso improvvisamente da un dolore cupo, gravativo e continuo alla base del costato destro che talora si irradiava alla spalla in modo penoso, e provava sollievo a stare coricato sul lato destro, mentre se giaceva sul sinistro si sentiva più a disagio. Dopo poco comparve una febbriciattola

che sopravveniva per lo più di sera preceduta da brividi e seguìta da profusi sudori, che non superava i 38°. Tale febbre durò in modo continuo quasi ogni giorni fino ai primi di gennaio 1928 nonostante che prendesse forti dosi di chinino, e da quell'epoca spontaneamente non fu più continua, ma solo comparve una o due volte per settimana, sempre però con gli stessi caratteri. Intanto i dolori si erano attenuati, e, benchè molto debole, egli nei periodi di apiressia si alzava dal letto e dedicava qualche ora ai suoi affari. Ma ai primi di marzo la febbre ricominciò ad essere quotidiana, sempre preceduta da brividi di freddo e seguita da abbondanti sudori che bagnavano il materasso; ritornò a farsi sentire il dolore all'ipocondrio ed al costato destro; comparve anche una tosse secca, talvolta stizzosa, che non lo lasciava riposare e che gli risvegliava dei dolori lancinanti al fianco destro. Venne allora a Tripoli in casa di parenti e fu curato con applicazioni locali e con antipiretici; ma intanto le sue condizioni andavano ogni giorno più peggiorando ed il malato era divenuto estremamente debole, denutrito, emaciato e cachettico, mentre l'addome era diventato estremamente rigonfio e succolento; la tosse, l'affanno e il dolore non gli lasciavano pace.

In tali pessime condizioni fu ricoverato in ospedale, e dichiarato dal medico di guardia in imminente pericolo.

E. O. Condizioni generali molto depresse, sensorio a momenti ottuso, a momenti alquanto lucido, decubito supino un po' inclinato a destra, facies cachettica.

P. 148 quasi filiforme; R. 46; T. 39°,6.

Individuo di costituzione scheletrica regolare, pannicolo adiposo scarso, muscoli flaccidi, cute color bianco sporco, mucose visibili molto pallide. Si notano edemi intensi ai piedi, che sono freddi e viscidi; alle gambe, all'addome e al dorso la cute si presenta succolenta: nella parte laterale del torace verso la base delle costole vi è un edema diffuso assai marcato.

Apparato ghiandolare normale. Lingua patinosa e giallastra, faringe normale.

Il torace si presenta svasato anteriormente e lateralmente verso la base destra delle costole, ove gli spazi intercostali appaiono più ampi che a sinistra, cosicchè colpisce subito la esagerata prominenza dell'epigastrio per un individuo così emaciato. La respirazione è superficiale e prevalentemente toracica: la motilità della base destra è quasi scomparsa. L'ipocondrio destro è molto dolente e, quando col dito si esercita anche una modica pressione sul 6° o sul 7° spazio intercostale sull'ascellare anteriore, il malato fa un movimento doloroso di difesa e dice di sentire come se gli penetrasse un coltello. Si risveglia pure dolore comprimendo il punto frenico al collo. Nulla a carico degli apici. Posteriormente si ha ottusità alla base dell'emitorace destro, e la diminuzione di suono inizia sull'emiscapolare a livello del 6° spazio intercostale, al disotto del quale si ha diminuzione del murmure vescicolare e del fremito vocale tattile e si percepisce un netto sfregamento pleurico. Nulla a carico dell'emitorace sinistro. Regione precordiale normale: itto della punta nel 5° spazio sull'emiclaveare: toni puri, ma debolissimi.

Addome svasato nel quadrante superiore di destra: il muscolo retto addominale di destra è rigido, la cicatrice ombellicale è appiattita, il reticolo venoso sottocutaneo è appariscente: si percepisce liquido libero. Nel quadrante superiore di destra si ascolta uno sfregamento peritoneale, ed in tale zona la palpazione è dolentissima. La milza non è palpabile, l'aia splenica non è aumentata.

Il fegato è enorme, e giunge superiormente sulla linea emiclaveare sulla 3ª costola, sull'ascellare media alla 5ª, posteriormente sulla 7ª formando una linea molto convessa superiormente; il margine inferiore deborda dall'arcata costale sull'emiclaveare di quattro dita abbondanti. Tale ingrandimento riguarda il lobo destro, perchè il sinistro non appare ingrandito. La cistifellea non si palpa: la pressione digitale suscita dolore in tutto il lobo destro.

Negativo l'esame del sistema nervoso.

Vidi questo malato al mattino mezz'ora dopo il suo ingresso in Reparto, ed appena ebbi osservato quel fegato e praticato un sommario esame anamnestico ed obbiettivo, feci subito diagnosi di ascesso epatico amebico con pleurite e peritonite circoscritta reattiva, ed immediatamente, poichè il malato era gravissimo ed in imminente pericolo di vita, ed urgeva una terapia eroica, gli feci praticare prima una iniezione di caffeina e digitalina, poi, dopo poco, una iniezione intramuscolare di quattro centgr. di cloridrato di emetina, seguita dopo un paio d'ore da un'altra uguale, ordinando che si ripetesse una terza iniezione di quattro centgr. di emetina nel pomeriggio, ed una quarta uguale dopo la mezzanotte, oltre ad una iniezione di olio canforato ogni sei ore, alternata con una somministrazione per bocca di dieci gocce di adrenalina.

E subito, a scopo diagnostico, praticai una puntura esplorativa nel 6° spazio intercostale sull'ascellare anteriore. L'ago, che era lungo cm. 12 con un diametro di mm. 1,5, appena entrato in profondità alcuni centimetri mi diede l'impressione che la punta si trovasse nel vuoto, e, lasciato a sè, vidi che aveva delle piccolissime oscillazioni sincrone col respiro, per cui ebbi la certezza di trovarmi in una raccolta del fegato: fatta l'aspirazione estrassi una siringa di 10 cc. di liquido color cioccolata, viscido, senza odore fetido.

Esaminatolo al microscopio vi si trovarono amebe hystolitiche coi caratteristici rapidi movimenti dei pseudopodi, e molta sostanza amorfa, detriti cellulari, granuli di grasso, qualche raro leucocito e qualche globulo rosso, e rarissimi bacteri.

La diagnosi anatomo-patologica ed eziologica era quindi confermata.

L'esame del sangue dava: glob. rossi 3.100.000, globuli bianchi 14.000, emoglobina 50, valore globulare 0,80. Formula leucocitaria: polinucleari 70 %, mononucleari 9 %, linfociti 21 %.

L'esame dell'urina: albumina 1/2 ‰, urobilina ed urati abbondanti.

Reazione di Wassermann negativa.

Il giorno dopo il malato aveva un aspetto più sollevato: il dolore alla regione epatica spontaneo era cessato e solo si risvegliava con la pressione, l'affanno molto diminuito, la temperatura non sorpassò i 37°,5.

Gli feci praticare altre quattro iniezioni di 4 ctg. di cloridrato di emetina distanziate nella giornata e nella nottata e qualche iniezione di

olio canforato: continuai a dargli un po' di adrenalina e qualche buon caffè.

Dopo 48 ore la febbre era caduta completamente, il malato aveva già cambiato aspetto: diceva di sentirsi bene e di avere appetito. I rilievi obbiettivi per quanto riguarda il volume e la consistenza del fegato si mantenevano pressochè invariati.

Gli feci praticare ancora una iniezione di emetina di 4 ctg. al mattino ed una alla sera per altri quattro giorni, cosicchè in quel primo periodo fece in tutto ctg. 64 di cloridrato di emetina che furono molto bene sopportati con l'aiuto di qualche cardiocinetico.

Intanto l'ammalato si riprendeva a vista d'occhio: erano scomparsi gli edemi ai piedi ed al costato, la palpazione della regione epatica praticata anche con una certa forza non provocava più nessun dolore: erano scomparsi tanto lo sfregamento pleurico che quello peritoneale, e la cute e le mucose riprendevano il colorito roseo. Le feci non presentavano amebe nè in forme vegetative nè in forme cistiche.

Dopo un periodo di dieci giorni di riposo, durante il quale gli somministrai per bocca un preparato arseno-ferruginoso, gli feci un'altra serie di iniezioni di cloridrato di emetina (8 ctg. *pro die* per sei giorni). L'ammalato diceva di sentirsi bene e a stento riuscivo a trattenerlo in letto. Il fegato, benchè completamente indolente ed evidentemente diminuito di volume in confronto ai primi giorni del suo ingresso in ospedale, era però sempre grosso.

Dopo un altro periodo di 15 giorni di riposo gli praticai una terza serie di iniezioni di emetina (8 ctg. *pro die* per sei giorni), per modo che nello spazio di un mese e mezzo circa egli aveva ricevuto per iniezioni intramuscolari gr. 1,60 di cloridrato di emetina che furono sopportate senza il più piccolo incidente.

Terminata quest'ultima serie, sentendosi il p. perfettamente bene, non mi fu più possibile trattenerlo in ospedale, ed il 15-V-28 lo dimisi dopo avergli prescritto di prendere due compresse al giorno di Stovarsolo per 15 giorni, ed avergli raccomandato di farsi rivedere di quando in quando.

Lo rividi infatti dopo tre mesi: egli era aumentato molto di peso ed aveva un aspetto ottimo: raccontava che si era sentito sempre bene e che aveva potuto occuparsi del suo commercio con una energia come nei giorni migliori della sua vita. Il fegato era ancora di molto diminuito, ma era sempre alquanto ipertrofico e debordava di due dita dall'arco costale sulla mamillare.

L'ho rivisto in seguito dopo un anno: egli stava sempre bene, aveva l'aspetto sano e robusto, ed il fegato era tornato di volume perfettamente normale. Ho avuto ancora occasione di vederlo recentemente, dopo due anni; egli gode sempre perfetta salute, e l'esame obbiettivo più minuzioso non mi ha fatto rilevare la più piccola traccia della grave malattia superata.

Riassumo altri tre casi occorsimi nella pratica privata.

Caso II. — Ant. O., di anni 32, industriale, da Perugia. Individuo sano, che nell'ottobre 1922 contrasse una dissenteria con reperto di abbondantissime amebe hystolitiche nelle feci. Fece una prima serie di iniezioni di cloridrato di emetina (ctg. 4 mattino e sera) in tutto ctg. 52. Dopo dieci giorni di riposo avrebbe dovuto farne una seconda serie, ma poichè la prima gli aveva dato un po' di debolezza agli arti inferiori che gli aveva impedito di fare la vita attivissima che le sue occupazioni richiedevano, e d'altra parte essendo del tutto cessata la diarrea, si credè guarito e non volle fare altre cure.

Senonchè dopo tre mesi ((gennaio 1923) cominciò ad avvertire senso di peso al fianco destro e quasi ogni sera una febbricciattola preceduta da brividi di freddo e seguita da sudori. Credendola una recidiva della malaria, che aveva avuta alcuni anni prima, si curò da sè con chinino, e solo dopo parecchi giorni, quando vide che la febbre aumentava sempre, che il dolore al fianco destro era divenuto insopportabile e si accorse di stare male, mi chiamò.

Il rilievo di un fegato grossissimo che faceva prominenza nell'ipocondrio destro, la grande dolenzia che diveniva parossistica con la pressione nel 6° e 7° spazio intercostale sull'ascellare media, l'edema di questa regione, unitamente al ricordo della dissenteria recente mi fecero emettere subito la diagnosi di ascesso amebico del fegato. Un chirurgo chiamato subito a consulto confermò la diagnosi e propose l'immediato intervento operatorio. Io procrastinai tale intervento, ed iniziai immediatamente una energica cura emetinica (ctg. 12 il primo e il secondo giorno, poi ctg. 8 per altri tre giorni: in tutto ctg. 48). Già al secondo giorno la febbre era caduta e il dolore scomparso: al quinto giorno il malato si sentiva benissimo e stentavo a trattenerlo in letto. E questa volta, edotto dall'esperienza del passato, si lasciò curare convenientemente: fece tre serie di ctg. 48 di emetina ciascuna, convenientemente distanziate, chiuse la cura con un preparato arsenicale e guarì completamente.

In sette anni ho avuto occasione di visitarlo molte volte, ma del pregresso ascesso di fegato non ho mai vista la più piccola traccia.

Caso III. — Nissim B., di anni 38, israelita di Tripoli, commerciante a Misurata. Lo vidi a Tripoli in consulto in casa di parenti, ove era venuto per curarsi, in condizioni gravissime. Era cachettico coi segni della sofferenza nel viso, e presentava la triade sintomatica: febbre intermittente, dolore acutissimo alla base destra del costato, fegato grossissimo che faceva prominenza nell'ipocondrio destro. Aveva edemi agli arti inferiori, e succulenza alla cute del dorso e del fianco destro. Dall'anamnesi risultava che due mesi prima aveva avuto un periodo di diarrea.

Iniziata una energica cura emetinica (gr. 1,50 in un mese e mezzo), coadiuvata opportunamente da qualche cardiocinetico, e seguita da somministrazione di un preparato ferro-arsenicale, si assistè fin dal primo giorno ad una vera resurrezione del malato. Ho avuto occasione di rivederlo alcune volte a distanza di vari anni e non vi riscontrai più traccia della grave malattia pregressa.

Caso IV. — Giovanni F., di anni 45, maltese, calzolaio in Tripoli. Vidi questo caso in consulto nel novembre 1920 in condizioni estremamente gravi, dopo che il sacerdote gli aveva già somministrati gli estremi sacramenti. Anche qui la triade sintomatica: febbre alta remittente con

profusi sudori freddi, fegato grossissimo che sollevava l'ipocondrio destro, dolore acutissimo in tutta l'aia epatica con speciale localizzazione sull'ascellare in corrispondenza degli ultimi spazi intercostali, che si presentavano edematosi. Dall'anamnesi risultava che nell'estate precedente aveva avuto diarrea da lui curata, secondo l'uso locale, con purghe saline e fave cotte.

Diagnosticato l'ascesso epatico amebico, migliorate le condizioni del cuore con cardiocinetici, si somministrarono immediatamente dosi eroiche di emetina che furono bene sopportate senza accidenti tossici, nè immediati nè tardivi e che anche in questo caso fecero assistere alla resurrezione del malato. Nello stesso tempo esse diedero la conferma della natura amebica dell'ascesso, giacchè, come è noto la cura emetinica costituisce la *pietra di paragone* nello svelare l'amebiasi. A distanza di alcuni anni ho avuto occasione di visitare questo ammalato e non ho potuto riscontrare in lui alcun segno della grave malattia del fegato superata.

I quattro casi che ho scelto fra i tanti di amebiasi epatica da me riscontrati in 18 anni di esercizio professionale in Tripoli, ove la dissenteria amebica è molto diffusa, avevano raggiunto lo stadio il più avanzato della necrosi colliquativa, con la formazione di una raccolta ascessuale che, o per la incuria dei malati o per la mancata diagnosi, aveva condotto questi pazienti in uno stato di estrema gravità.

La qual cosa non deve avvenire, almeno per quanto dipende dalla tempestività della diagnosi, perchè in Colonia, ed in genere in tutti i paesi in cui esiste la dissenteria amebica, la localizzazione epatica può e deve essere aggredita al suo inizio, giacchè essa si deve sempre sospettare in ogni malato che presenti la triade sintomatica: aumento, anche piccolo, di volume del fegato, dolore spontaneo o provocato alla pressione dell'organo, febbre intermittente irregolare.

È ben vero che vi sono anche le forme fruste di ascesso del fegato, forme incomplete ed imprecise, in cui può mancare perfino il dolore e la febbre, ma anche queste presentano sempre qualche vago sintomo quali ad esempio: cefalee, disturbi dispeptici, agitazione, prostrazione, leucocitosi con inversione dei mononucleati, ecc., sintomi che, benchè vaghi, possono essere sufficienti a far nascere nella mente del medico il sospetto. E questo basta, perchè, avutone il sospetto, saranno sufficienti poche iniezioni di emetina, mezzo diagnostico sicuro, vera pietra di paragone, per confermare o meno di sospetto, e rivelare con sicurezza la natura amebica del processo in atto. Dopo di che una cura emetinica bene appropriata porterà sempre ad una completa guarigione.

Ad ascesso costituito si potrà anche ricorrere alla puntura esplorativa come mezzo diagnostico capace di rivelarne la natura. Questa che un tempo era circondata da divieti fondati su principi teorici e paure ingiustificate, quali quelle esposte da Giordano nel 1912, a me nella pratica non ha mai dato alcun inconveniente come non ne ha dati a Chauffard, a Carducci, a Cefaly e a tanti altri che l'hanno praticata. Pontano sull'esperienza di Rogers, Kruse, Pasquale e sua afferma che il maggior numero di ascessi è batteriologicamente sterile, e dichiara che la puntura esplorativa nel sospetto di ascesso epatico non deve mai essere trascurata. Con essa oltre all'eventuale reperto delle amebe, che però non è costante, noi osserviamo un materiale che si differenzia in modo preciso dal pus dei comuni ascessi, e che per il suo aspetto macroscopico color cioccolata e per il suo contenuto in sostanza amorfa mista a detriti cellulari, a pochi polinucleati, talora conservati tal'altra degenerati, e a qualche emazia, costituiscono un reperto altrettanto specifico che quello delle amebe.

Ed in questi casi, pure quando la raccolta ascessuale è molto voluminosa, l'emetina esplicherà sempre la sua azione efficacissima, miracolosa, e la si potrà somministrare sempre anche negli ammalati i più gravi. S'intende che in questi casi bisognerà avere speciale cura nel sostenere il cuore: giacchè da una parte lo stato grave porta sempre con sè un indebolimento del miocardio, e dall'altra l'emetina in forti dosi ha azione paralizzante sulle fibre muscolari liscie del cuore e dei vasi, che si traduce in una depressione del cuore e della pressione arteriosa, perciò, tanto prima che durante e dopo il trattamento emetinico (giacchè si deve sempre ricordare che questo alcaloide ha azione tossica accumulativa), bisogna avere molta cura nel tonificare il cuore.

La caffeina, la digitalina, la canfora, l'adrenalina opportunamente usate mi hanno sempre dato buoni risultati. Per migliorare lo stato generale un nutrimento sostanzioso, appena possibile, unito ad una cura di ferro e di arsenico, saranno sempre necessarie.

Anche nei casi giunti all'estremo limite della gravità io mi sono sempre servito della somministrazione per via intramuscolare, e mai ho tentato la via endovenosa consigliata da qualcuno (Escomel) come più rapida. L'assorbimento è rapido nella prima, rapidissimo invero nella seconda: infatti Mazzei ha visto comparire l'emetina nelle urine venti minuti dopo la prima iniezione ipodermica e sei minuti dopo l'iniezione endovenosa; e per una

differenza di tempo così piccola io non ho mai creduto conveniente affrontare il pericolo che una troppo violenta introduzione in circolo può portare sul miocardio.

In qualche caso ho sperimentato il Jatren 105: ne ho avuto buoni risultati, ma meno rapidi e meno sicuri dell'emetina, per cui ho finito coll'abbandonarlo. Ho usato invece molto spesso lo Stovarsolo, ma solo come cura coadiuvante.

Al giorno d'oggi l'ascesso amebico del fegato ha cambiato quella fisionomia che gli era stata data un tempo. Da una parte in base agli studi anatomo-patologici esso non deve più ritenersi un ascesso in senso stretto costituito da pus vero e proprio; esso è l'effetto delle amebe hystolitiche nel fegato ove queste con la loro irritazione congestionano, sclerotizzano ed infine necrotizzano il parenchima; il prodotto di questa necrotizzazione porta ad una colliquazione dell'organo che si accumula in raccolta nell'interno del medesimo, per cui è ora che tutti abbandonino la vecchia denominazione di *ascesso* data a questa entità morbosa, per sostituirla con quella di *colliquazione epatica amebica*. D'altra parte la farmacologia ha trovato nell'emetina un rimedio specifico che ha trasformato questa malattia, un tempo così grave, in una forma morbosa nuova, facilmente guaribile.

I casi da me riferiti debbono contribuire a convincere medici e chirurghi che la cura dell'ascesso epatico amebico è medica sempre: solo deve farsi eccezione per quei rari casi in cui il processo morboso, per causa di una complicazione settica, acquisti carattere di vero pus, e per quelli in cui si ha la perforazione nella pleura, nel pericardio e nel peritoneo.

Ma nè il processo avanzato, nè il grosso volume della raccolta ascessuale, nè l'estrema gravità del malato controindicano la cura medica, la quale anche in tali casi farà assistere a delle vere resurrezioni.

RIASSUNTO.

L'A., in base alle osservazioni di quattro casi di amebiasi epatica giunti allo stadio il più avanzato della necrosi colliquata con formazione di un'enorme raccolta ascessuale, che guarirono con la sola cura emetinica, conclude che la cura di questa forma morbosa è sempre soltanto medica.

L'intervento chirurgico, sempre però associato alla cura medica, rimane limitato a pochissime eccezioni, che l'A. enumera.

NOTE E CONTRIBUTI.

Ospedale Maggiore di Milano
Istituto di Semeiotica Chir. « E. Borghi »
Direttore: prof. A. Majocchi.

Cura ed esiti delle fratture del corpo vertebrale.

Dott. Enrico Ettorre, aiuto e docente.

Il concetto di frattura del corpo vertebrale, nonostante siano noti casi di fratture passati, per la scarsa sintomatologia clinica, inosservati e perfettamente guariti, continua, non solo fra i profani, ma anche fra molti medici, a conservare l'antico significato di gravità. Tale valutazione, mentre da un lato ingenera nella mente dell'infortunato la preoccupazione per il proprio stato e prepara il terreno per l'istituirsi delle forme di nevrosi, dall'altro induce il curante ad adottare una linea di condotta terapeutica che gli dia, almeno in apparenza, la garanzia di potere immobilizzare e specialmente scaricare per un lungo periodo di tempo la colonna. A tal fine, non potendosi mantenere in letto l'infortunato per i lunghi mesi che ancora da molti si reputano necessari per aversi la completa consolidazione, si ricorre all'applicazione di un corsetto tutore.

A vieppiù convincere della necessità di una lunga immobilizzazione contribuì indubbiamente molto la nozione della spondilite traumatica o M. di Kümmell che sarebbe prodotta da un traumatismo anche lieve ed a maggior ragione potrebbe insorgere dopo fratture del corpo. Si venne così diffondendo la convinzione che il corpo vertebrale sia un elemento a reazione riparativa del tutto particolare ritardata e labile rispetto agli altri segmenti scheletrici. Il timore dunque di questo processo malacico, come anche della cosiddetta « insufficienza vertebrale » descritta da Schanz, aumentò il riserbo prognostico nei casi di frattura e consigliò di rimanere fedeli al corsetto.

Gl'interventi intesi a stabilizzare con un trapianto autoplastico la colonna non trovarono larga applicazione, ed anche la laminectomia fu riservata a casi particolari dove si poteva sperare, da una decompressione del midollo, una regressione delle complicazioni nervose.

Già però da oltre una ventina d'anni dove si curavano e seguivano un grande numero di fratturati della colonna come nei grandi ospedali dei bacini minerari degli Stati Uniti e dell'Europa del Nord, specialmente nel distret-

to della Ruhr, andarono via via diminuendo le preoccupazioni per la sorte ulteriore dei fratturati essendosi potuto constatare che molti infortunati dopo un periodo più o meno lungo erano in grado di riprendere completamente il loro lavoro e che infine si trovavano in condizioni migliori quelli che o non avevano mai portato un corsetto o che ne avevano fatto uso per breve tempo. Accurate indagini radiografiche, ai fini dell'accertamento dell'invalidità, permisero di assicurarsi che il processo riparativo nella vertebra si compie, anche se gravemente deformata, in un lasso di tempo normale e che la colonna è ben presto in grado di riprendere la sua funzione di sostegno senza andare incontro ad ulteriori incurvamenti. Si cominciò sin da allora sistematicamente ad abbandonare il corsetto limitandosi a mantenere a letto il fratturato per un periodo di 40-50 giorni che già le ricerche di Kocher e di altri avevano indicato come necessario per il consolidamento del callo di frattura. Si rendeva così possibile una precoce cura di massaggi della muscolatura del dorso in modo da evitare l'atrofia muscolare e facilitare molto la ripresa funzionale.

I vantaggi di tale metodo vennero accolti con diffidenza da molti che, non avendo avuto sopratutto modo di controllare i risultati, rimasero fedeli al corsetto, sperando con tale mezzo di potere eliminare l'azione del carico sul segmento leso.

Furono le organizzazioni assicurative quelle che, confrontando i risultati degli uni e degli altri da un punto di vista assolutamente obbiettivo, perchè dettato dall'interesse di dovere liquidare minori indennità, diedero ragione agli avversari del corsetto.

Le cifre portate in questi giorni al Congresso della Società tedesca d'infortunistica a Breslavia, dal prof. Magnus, direttore del « Bergmannsheil » di Bochum, sono una condanna decisiva del corsetto. Dalla statistica interessano a noi soltanto le cifre percentuali delle indennità pagate a seconda del trattamento. Mentre quelli curati con il corsetto potevano in media riprendere il lavoro dopo 28,1 settimane e percepivano all'inizio un'indennità per i primi mesi del 64,5 %, per passare entro l'anno al 61% e scendere nel secondo anno al 54 %, quelli curati senza corsetto potevano già ritornare al lavoro in media dopo 16,9 settimane percependo un indennizzo rispettivamente del 45 %, 38 %, 29,7 % per scendere al terzo anno al 22,7 % mentre i primi si fermavano sul 50 %. Si noti che si tratta nella media degli stessi tipi di frattura con la differenza che, mentre nella Ruhr si è quasi totalmente abbandonato l'uso del corsetto, questo viene ancora applicato in una zona mineraria del centro della Germania, rendendo così possibile un giudizio esatto all'atto della revisione e del controllo radiografico.

La questione se convenga o no ridurre le fratture del corpo vertebrale è ancora *sub judice*. Da un punto di vista teorico nell'intento di ripristinare la forma normale del corpo vertebrale, analogamente a quanto è nostro dovere per gli altri segmenti scheletrici, anche qui si dovrebbe procedere alla riduzione. Fra i diversi metodi proposti, non tutti scevri da pericoli, o, come la trazione, difficilmente tollerabili, merita speciale considerazione la tecnica proposta, e che vedemmo mettere in pratica con ottimo risultato, dallo Schnek di Vienna. Si tratta di iniettare una soluzione anestetica nel focolaio di frattura e ridurre mediante forte reclinazione. In genere però se consideriamo che la deformità prodotta dall'ingranamento dei frammenti, oltre a non ostacolare affatto la ripresa funzionale, agevola molto la riparazione, riteniamo che non convenga, almeno nella grande maggioranza dei casi, tentare la riduzione che richiede una lunga degenza in lettino gessato e l'uso di un tutore che mantenga ancora per molti mesi la posizione in lordosi estrema indispensabile per evitare una secondaria deformazione del corpo. Si aggiunga ancora che data la struttura del corpo vertebrale si ha in genere una diastasi fra i frammenti che costituisce un ostacolo alla formazione di un robusto callo.

Il semplice riposo in decubito orizzontale che permette dopo qualche giorno, appena i dolori sono diminuiti, l'inizio dei massaggi e la completa pulizia dell'infermo è la linea di condotta più semplice e che dà i migliori risultati. Giova poi qui ricordare che non vi è alcun pericolo nel voltare l'infermo su di un fianco o sollevarlo dal piano del letto: la posizione estrema raggiunta dai frammenti per effetto del grave trauma e fissata dalla contrattura muscolare non può modificarsi per un semplice movimento eseguito in posizione orizzontale.

Quanto alla opportunità d'intervenire talvolta con la laminectomia i reperti di autopsia dimostrano che quasi certamente in nessun caso si sarebbe ottenuto un miglioramento trattandosi di lesioni midollari e non di semplici compressioni. I casi nei quali dopo la laminectomia scomparvero le manifestazioni a carico del sistema nervoso sarebbero indubbiamente guariti anche senza far correre il rischio

dell'intervento all'infortunato: si tratta di ematomi ed edemi suscettibili di riassorbirsi. I metodi che abitualmente servono per stabilire la sede della compressione (lipoidiol, ed il sintoma di Queckenstedt — mancato aumento di pressione del liquor comprimendo le giugulari — molto vantato di recente dai chirurgi americani) non trovano qui pratica applicazione perchè quando sono positivi la lesione è talmente grave da non beneficiare più dell'intervento.

Chi si è convinto della convenienza di abbandonare ogni apperecchio tutore, sarà rimasto sorpreso della ottima guarigione, anche funzionale, di tutti i casi che, s'intende, non presentavano complicazioni nervose. Ma anche in questi, specie se la paralisi è parziale, si rende evidente il beneficio che l'infermo trae dal non essere costretto in apparecchio nè sottoposto a trazione.

Da un computo dei casi da noi osservati risulta che in un terzo circa la frattura si complicava a fatti più o meno gravi di paralisi. Di questi ultimi una metà presentava paralisi totale. Nel 14 % si ebbe la morte nei primi giorni, nel 65 % non si ebbe alcun miglioramento (fra questi sono compresi i casi venuti a morte tardivamente per complicazioni secondarie, specie urinarie), nel 15 % si verificò più o meno notevole miglioramento, nel 4 % una regressione quasi completa dei disturbi nervosi, ed infine nel 2 % una completa guarigione.

Nell'altra metà dei casi con lesioni nervose parziali il 6 % presentava paralisi della vescica e retto con 80 % di guarigione; il 7 % paralisi limitata alla vescica con 75 % di guarigione; l'1 % paralisi del solo grosso intestino rimasta invariata. Del rimanente 86 % con paralisi parziali il 23 % guarì completamente, il 7 % migliorò ed il 70 % rimase invariato.

L'indagine sul decorso ulteriore dei fratturati dimostra quale enorme importanza abbia per la guarigione completa il fattore psicologico ed ambientale e come sia assolutamente necessario di eliminare dalla mente dell'infortunato qualunque preoccupazione e dargli la sicurezza della guarigione. È quindi evidente che se noi diamo all'infortunato un corsetto, oltrechè ad irrigidire la colonna ed atrofizzare la muscolatura, che ha tanta parte nel ripristino funzionale, involontariamente contribuiamo a rafforzare nell'infermo la convinzione della gravità della lesione subìta.

Lo studio delle fratture della colonna è stato ovunque ripreso con fervore: da noi il Fumagalli nella sua bella monografia (*Arch. d'Ort.*, 1930) ha, fra l'altro, proposta una nomenclatura esattamente rispondente ai diversi meccanismi di frattura, che noi italiani per primi dovremo senz'altro conoscere ed adottare se si vuole che anche all'estero si riconosca e si apprezzi il nostro contributo scientifico.

La patologia della colonna però non si è ancora avvantaggiata in modo concreto dei grandi progressi tecnici della radiografia: nonostante i nitidi profili, che hanno rivelato dettagli in passato ignorati, siamo in un periodo di assestamento e di revisione dei nuovi reperti spesso interpretati come forme morbose particolari. Specialmente l'esistenza della spondilite traumatica, che noi non avemmo mai la fortuna di potere rilevare fra i nostri casi, viene sempre più messa in dubbio dalla grande maggioranza dei clinici. La mancanza di una base anatomica ed anche di un aspetto radiografico ben definito ha fatto annoverare sotto il nome di M. di Kümmell forme che con l'andare del tempo e dopo una più ponderata e completa osservazione si rivelarono spesso per lesioni di altra natura. Il caso ed es: venuto all'esame isto-patologico descritto di recente da Schmidt (*Virchow's Arch.* 275°) non depone affatto per una malacia nel senso inteso da Kümmell: si tratta di un processo regressivo che è comune in soggetti gravemente debilitati anche da altre forme morbose determinanti un notevole riassorbimento. In alcune nostre ricerche sulla immagine fessurale anteriore del corpo vertebrale (*Atti Soc. lomb. sc. med. e biol.*, vol. XVIII) potemmo mettere in evidenza dei fatti involutivi nella struttura del corpo vertebrale in soggetti morti per tumori maligni, o anche tubercolosi polmonare.

Sarebbe poi completamente falso considerare spondiliti traumatiche gli esiti di fratture passate inosservate e solo tardivamente rivelate dalla radiografia neppure quando si sia formato un gibbo, conseguenza logica del carico precoce. Questi infermi, come abbiamo potuto accertare nel corso di ricerche che formeranno oggetto di un particolare studio, riprendono spesso il lavoro dopo pochi giorni ed è quindi naturale che debbano risentire le conseguenze della lesione per un tempo molto maggiore.

L'argomento delle fratture del rachide è all'ordine del giorno al prossimo Congresso internazionale d'infortunistica l'anno venturo a Ginevra: dobbiamo soltanto augurarci che vengano finalmente chiariti alcuni particolari aspetti radiografici della colonna e che gli ul-

timi assertori della necessità di una lunga immobilizzazione si possano finalmente convincere ad abbandonare l'uso del corsetto, che si è troppo spesso dimostrato inutile e dannoso.

RIASSUNTO.

L'A., basandosi su dati statistici e clinici, sconsiglia l'uso del corsetto nel trattamento delle fratture della colonna vertebrale ottenendosi migliori risultati con la semplice degenza in letto per 6-8 settimane integrata da una precoce cura di massaggi. L'uso del corsetto indebolisce l'individuo e lo predispone alle forme di nevrosi.

RIVISTA SINTETICA

R. Clinica delle Malattie Nervose e Mentali di Roma.
Direttore incaricato: prof. G. FUMAROLA.

I tumori del "corpus striatum,,
(Rivista sintetico-critica).

Dott. ISIDORO IMBER, assistente.

Il *corpus striatum* dell'anatomia descrittiva comprende il *nucleus caudatus* ed il *nucleus lentiformis*. Il primo (*nucleus caudatus*) è di forma cuneale: la sua parte anteriore (*caput n. caudati*), la più robusta, raggiunge quasi la base del cervello e penetra nel lobo frontale; la sua parte caudale (*cauda n. caudati*) penetra nella sostanza bianca del lobo temporale in corrispondenza del corno inferiore del ventricolo laterale. La faccia superiore è convessa e contribuisce a formare il pavimento del ventricolo laterale. La faccia inferiore, convessa in senso trasversale e concava in senso antero-posteriore, corrisponde in tutta la sua estensione alla capsula interna, che la separa dal n. lenticolare. Il margine esterno del caudato raggiunge l'angolo omonimo del ventricolo laterale; il margine mediale è separato dal talamo per mezzo della *stria terminalis*.

Il *n. lenticularis* deve la sua denominazione alla forma che presenta nei tagli sagittali. La capsula interna, come è detto sopra, lo separa dal caudato. La faccia laterale, leggermente convessa, confina con la capsula esterna. La faccia inferiore riposa colla sua maggior parte sul centro ovale del lobo temporo-occipitale e colla sua parte centrale sta in contatto con la *substantia perforata anterior*. Il segmento anteriore del n. lenticolare si continua con la testa del n. caudato.

Già macroscopicamente si distinguono nel lenticolare due segmenti: uno laterale (*putamen*) di colorito grigio rossastro come il n. caudato, l'altro mediale di colorito grigio pallido, ricco di fibre mieliniche (*globus pallidus*, o *Pallidum* semplicemente). Si dà il nome di *Striatum* propriamente detto al *Putamen* più *Caudatus*. Quest'ultima denominazione risulta motivata sia dalla fine struttura anatomica, sia dalla fisiologia delle formazioni che costituiscono lo *Striatum*. Gli studi del Kappers e del Vries hanno dimostrato, infatti, che il *Pallidum* appare già nei pesci, mentre lo *Striatum* si trova solo dai rettili in su, raggiungendo il massimo sviluppo negli uccelli e nei mammiferi. Specialmente dalle ricerche di C. e O. Vogt risulta che lo *Striatum* è ancora dopo la nascita privo del tutto di mielina, mentre la mielinizzazione del *Pallidum* è già avanzata negli ultimi mesi della vita extra-uterina. Anche la differenziazione cellulare avviene molto più presto nell'ultimo che nel primo.

La struttura microscopica dei gangli basali è stata negli ultimi anni oggetto di studi particolari da parte di Ramon y Cajal, C. e O. Vogt, Bielschowsky, Jakob, Ayala, ecc. La struttura istologica dello *Striatum* ricorda molto quella della *cortex*. Si distinguono in esso nettamente due tipi di cellule: *a*) un grande numero di cellule piccole con assone terminante nello *Striatum* stesso, e *b*) scarse cellule grandi con l'assone diretto verso il *Pallidum*. Il *Pallidum* presenta una struttura più semplice ed ha un solo tipo di cellule grandi (1° tipo di Golgi), multiformi, con lunghissimi detriti. Il *Pallidum*, a differenza dello *Striatum*, è ricchissimo di fibre mieliniche, che gli conferiscono il suo caratteristico colorito. Esso è caratterizzato inoltre dalla presenza di vari prodotti di ricambio, interpetrati spesso come reperti patologici. Tali prodotti sono i granuli di ferro (Spatz): concrementi calcarei (pseudo-calcio di Spatz) ed inclusioni di goccioline di grasso.

Le fibre afferenti dello *Striatum* provengono in primo luogo dal talamo, specie dai suoi segmenti medioventrali anteriori, dall'ipotalamo e, secondo Monakow, anche dal segmento mesencefalico. Le fibre efferenti terminano con la loro maggior parte nel *Pallidum*. L'esistenza di connessioni fibrose tra lo *Striatum* e la *cortex* viene ammessa da alcuni autori (Sterzi, Bielschowsky, Mingazzini) mentre altri (Wilson, C. e O. Vogt, Monakow) la negano assolutamente.

Il *Pallidum* riceve le sue fibre afferenti dallo *Striatum* e dal talamo. Le fibre efferenti si concentrano per la maggior parte alla base formando la così detta *ansa lenticularis* e si portano ai segmenti ventrali del talamo, all'ipotalamo omolaterale e a quella controlaterale; una parte delle fibre si dirige anche verso il *corpus Luysi* e la *substantia nigra*. Le connessioni del *Pallidum* colla corteccia sono ancora molto discusse.

La fisiologia e la fisiopatologia del *corpus*

striatum hanno esercitato negli ultimi decenni una speciale attrazione da parte di numerosi autori. Ciò nondimeno le funzioni anche principali del *Pallido-Striatum* non sono tuttora che solo parzialmente chiarite ed i reperti cui sono giunti i diversi autori sono quanto mai disaccordi fra di loro. Le ricerche sperimentali incontrano grandi difficoltà nel fatto che le varie formazioni cerebrali componenti il sistema extrapiramidale si trovano in strettissima correlazione funzionale fra di loro, rendendo così molto azzardati ed incerti i tentativi di circoscrivere nettamente delle sindromi appartenenti a ciascuna delle formazioni suddette.

Il primo ad attribuire al *Pallido-Striatum* una particolare importanza nei disturbi motori extrapiramidali è stato l'Anton. Secondo questo autore il *Pallido-Striatum* eserciterebbe una funzione inibitoria sui movimenti automatici, mentre l'abolizione di tale funzione darebbe luogo ad ipercinesie (corea, atetosi, tremore).

Anche il Kleist ammette funzioni motorie inibitorie, ma suppone inoltre un'azione inibitoria del cervelletto sul *Pallido-Striatum*. I primi a separare la sintomatologia del *Pallidum* da quella dello *Striatum* sono stati i coniugi C. e O. Vogt. Sulla base di lunghi studi anatomo-clinici questi autori vennero alla formulazione di una sindrome striata e di una pallidale. Le caratteristiche della prima sono: acinesia manifestantesi in una povertà dei movimenti mimici, sinergici e riflessi e dei movimenti di orientamento ed eventualmente in un'astenia ed ipotonia; braditeleocinesia e fenomeni pseudobulbari; passeggeri stati di ipertono muscolare associati a diminuzione della forza muscolare; assenza di disturbi psichici, del segno di Babinski, dell'abolizione dei riflessi cutanei, dell'esagerazione dei riflessi profondi e dell'atassia; ipercinesie per la mancanza delle inibizioni sul *Pallidum*. Le ipercinesie possono essere provocate o semplicemente accentuate da stimoli periferici e sopratutto psichici; esse sono influenzabili dalla volontà. Alle ipercinesie appartengono anche i fenomeni atetosici, il riso ed il pianto spastico.

La sindrome del *Pallidum*, se la lesione è bilaterale, è rappresentata da rigidità generalizzata, spesso con atteggiamenti complicatissimi. Una grossolana lesione del *Pallidum* coinvolge funzionalmente anche lo *Striatum* privando quest'ultimo delle sue connessioni con gli altri gangli basali.

Mentre nella sindrome striata di C. e O. Vogt figurano tanto le ipercinesie come le acinesie, il Foerster, attribuendo allo *Striatum* funzioni esclusivamente inibitorie, deduce dalla sua lesione soltanto fenomeni di ipercinesia.

Recentemente sindromi dello *Striatum* e del *Pallidum* furono descritte da Jakob; nelle loro parti essenziali però esse concordano con le sindromi su riferite di C. e O. Vogt.

Il nucleo lenticolare è stato oggetto di particolari studi clinici e fisiopatologici da parte del Mingazzini. Le sue ricerche culminarono nella constatazione, che la distruzione del n. lenticolare nell'uomo produce un complesso sintomatico caratterizzato da una lieve paresi limitata al facciale e agli arti controlaterali, da una lieve esagerazione dei riflessi rotulei ed achillei e dei riflessi degli arti superiori del medesimo lato, da una lieve anisocoria e a volte da atrofia degli arti e da lievi disturbi della sensibilità obbiettiva (ipoestesia). Nel caso di distruzione parziale, se questa riguarda i 4 quinti posteriori del lenticolare sinistro si ha disartria che può raggiungere il quadro di una completa anartria. Se invece dalla lesione vengono colpite certe zone del *putamen* (specie il suo terzo laterale) vi si possono associare parestesie pseudomeliche dell'uno e dell'altro lato. L'importanza delle ricerche del Mingazzini consiste così sopratutto nel fatto di aver egli per il primo tentato una localizzazione segmentaria dei sintomi (*Somatotopik* dei tedeschi).

Nella sindrome del *n. lenticularis* del Mingazzini una particolare importanza anatomo-clinica hanno i disturbi della parola. Le vedute del Mingazzini a questo riguardo, le quali si basano su lunghi studi clinici ed anatomo-patologici hanno messo in una luce nuova le vecchie teorie sull'origine dell'afasia motoria. Difatti Mingazzini ammette afasia motoria non solo da lesione della estesa zona di Broca (*pars opercularis* e *triangularis* del *gyrus frontalis tertius, insula anterior* e a volte il piede del *gyrus centralis anterior* di sinistra), ma anche da focolai nella zona radiata sottostante e nell'estremo anteriore del *lenticularis*. Secondo M. dalla zona estesa di Broca partono due specie di fibre fasiche: dalla parte neofiletica (*pars opercularis* e *pars triangularis* del *g. front tertius* e dell'*insula ant.*) fibre fasico-motorie pure, le quali penetrano nel lenticolare di sin., da cui prende origine il secondo neurone di fibre verboarticolari; dalla parte paleofiletica (la regione media dell'insula e l'*operculum praecentrale*) fibre fasico-motorie frammiste a fibre verbo-articolari. Tutto il contingente di fibre verbo-articolari, sia di quelle putaminali che di quelle corticali, decorre con le fibre cortico-bulbari nel ginocchio della capsula interna e nel quinto mediale del *pes pedunculi*, si stacca poi a livello del ponte dalle fibre cortico-bulbari occupando qui il *lemniscus medialis*, quindi termina attorno ai nuclei motori del VII, XII e forse anche del X. Le fibre fasico-motorie di destra non decorrono verso il lenticolare omolaterale, ma si dirigono attraverso il terzo ant. della trabe verso la regione prae-supra-lenticolare (*Mingazzinisches Feld*) di sin. associandosi alle fibre omologhe di sinistra. Ne risulta perciò che, mentre una lesione del lenticolare di destra non porta affatto ad afasia motoria, un focolaio nella parte ant. del lenticolare di sini-

stra o nella zona posta davanti e disopra al lenticolare interrompendo la via fasico-motoria sia di sinistra che di destra deve produrre necessariamente un'afasia motoria grave ed irreparabile. La distruzione, invece, dei 2/3 distali del lenticolare sin. interrompendo le vie verbo-articolari, dà luogo a disartria.

I reperti del Mingazzini hanno trovato poi un consenso completo dalle ricerche dell'Henschen, il quale denominò la zona *praesupralenticularis* dove s'incontrano le vie fasico-motorie di destra e di sinistra « *Mingazzinisches Feld* ».

Più tardi anche C. e O. Vogt si sono occupati della localizzazione somatotopica nello *Striatum*. Secondo questi autori la parte orale dello *Striatum* starebbe in rapporto con la loquela e con la deglutizione, mentre più caudalmente sarebbero rappresentati successivamente l'arto superiore, il tronco e l'arto inferiore.

La presenza nello *Striatum* di centri vegetativi per la vescica, il retto, ecc., si trova tuttora nel campo teorico, non avendo nè gli studi clinici, nè le ricerche sperimentali portato a reperti chiari e convincenti.

La localizzazione e l'espansione del processo neoplastico entro il *corpus striatum* non presentano mai una qualsiasi dipendenza dalla differente struttura istologica dello *Striatum* e del *Pallidum*. Relativamente spesso invece si può osservare una localizzazione esclusiva o prevalente del tumore in una delle formazioni componenti macroscopicamente il *corpus striatum*, cioè nel *n. caudatus* rispettivamente nel *n. lentiformis*. Sarà perciò utile anche dal punto di vista sintomatologico, di prendere in considerazione a parte i tumori del n. caudato e quelli del *n. lenticularis*.

I TUMORI DEL « N. CAUDATUS ».

Nella letteratura trovansi singoli casi soltanto. In quello del Rainer trattavasi di un piccolo tuberculoma nella parte anteriore del caudato; le manifestazioni cliniche si limitavano ad una emiplegia controlaterale, con fenomeni convulsivi prevalenti nel lato paretico, e a gravi disartrie. I disturbi oculari (anisocoria, strabismo divergente) erano con la maggiore probabilità da riferirsi alla meningite tbc. terminale.

Il Campbell ha osservato una gomma bilaterale del n. caudato che non aveva dato affatto sintomi a focolaio. Il quadro morboso era costituito da paresi bilaterale degli arti (senza fenomeni irritativi), agrafia, aprassia, ipotermia e disturbi vasomotori.

L'Angelade ha descritto un caso di cisticerco della testa del n. caudato, che penetrava fino al *gyrus frontalis primus*. Malgrado le grandi dimensioni del tumore (grandezza di arancio) clinicamente esistevano soltanto tremori degli arti, disartrie e disturbi psichici (*deficit* intellettivo con periodi alternanti di euforia e di depressione).

Più istruttivo del precedente è il caso del Puussep. Si trattava di un tumore (glioma) che coinvolgeva la parte ant. del caudato sin. e penetrava anche nel lobo frontale, mentre comprimeva soltanto il n. lenticolare omonimo. Iniziatosi con sintomi generali da tumore (cefalea, nausea, vomito, vertigini) il tumore portò in seguito ad una progressiva astenia dell'arto sup. controlaterale e ad una paresi della metà controlaterale del viso. Sia nell'arto che nel viso alla paresi si associarono scosse miocloniche; al lato paretico si riscontrò inoltre un forte *rigor*. Molto marcata era l'atassia dinamica che ricordava quella cerebellare. Si notavano anche disturbi della loquela; la parola diventò lenta e forzata, la voce debole e nasale. Psichicamente si manifestava un notevole indebolimento della memoria.

Una considerazione particolare merita infine il caso pubblicato da van der Scheer e Steurmann, la cui sintomatologia corrisponde in gran parte a quella osservata in lesioni di natura non neoplastica della regione in parola. Il tumore occupava la testa del n. caudato di destra e coinvolgeva la capsula interna (parte ant.) e la parte anteriore del n. lenticolare; un focolaio malacico si trovava nella testa del n. caudato di sinistra. Nel quadro morboso spiccava sopratutto il *rigor* degli arti controlaterali, sia nei movimenti attivi che passivi, come pure dietro l'azione di stimoli sensitivi periferici, per scomparire allo stato di riposo. Per qualche tempo però dopo il movimento il rigor fissava i muscoli nella posizione terminale del movimento (*Fixationsrigor*). Così stimolando la *vola manus* del p., questa si contraeva spasticamente attorno all'oggetto stimolante, senza che il p. riuscisse per qualche tempo ad aprirla volontariamente (*tonic innervation* di Wilson). Sia nel viso che negli arti controlaterali insorgevano di tanto in tanto delle scosse miocloniche. I movimenti attivi del medesimo lato erano tutti eseguibili, ma con grande lentezza e in modo discontinuo. L'espressione del viso era monotona; la parola lenta e balbettante. Psichicamente si notavano periodi di apatia e di sonnolenza. Pure a periodi si manifestava *incontinentia urinae et alvi*, il quale disturbo però coincideva sempre con un sensorio perfettamente lucido.

I pochi casi della letteratura dimostrano, come i tumori del n. caudato (della parte anteriore dello *Striatum*) possono decorrere senza sintomi localizzatori ed anche senza alcun sintoma generale da tumore. Non esistono sicuri sintomi focali del caudato. Le scosse miocloniche localizzate al viso ed associate a rigidità o povertà della mimica possono far

sospettare una lesione del caudato, però non è possibile di escludere con certezza una genesi capsulare di questi sintomi. L'incontinenza delle urine interpetrata da alcuni autori come sintoma della parte anteriore dello striato non ha tuttora acquistato nè un sicuro fondamento fisiologico, nè clinico.

Un maggiore valore diagnostico i sintomi suddetti possono acquistare se sono associati a sintomi da parte dell'immediata vicinanza del n. caudato. L'invasione o la sola compressione del lobo frontale da parte del tumore del n. caudato potrà dar luogo a disturbi psichici caratterizzato sopratutto da indebolimento della memoria, atassia dinamica, difficoltà di orientamento nello spazio (Puussep). Nel caso in cui il tumore del n. caudato progredisce invece verso l'indietro ledendo il *n. lenticularis,* si potrannno avere dei sintomi di questo, fra i quali specialmente fenomeni mioclonici, *rigor* extrapiramidale e lievi paresi dell'arto sup. ed a volte anche di quello inf., rallentamento e discontinuità dei movimenti attivi e disturbi disartrici.

I TUMORI DEL « N. LENTICULARIS ».

La maggior parte dei casi della letteratura trovasi citata nell'Oppenheim (*Die Geschwülste d. Gehirns,* 2 Aüfl., 1909). Nel 1917 il Fumarola, in occasione di un caso personale osservato nella R. Clinica Neurologica di Roma, e di cui riferiremo in seguito più ampiamente, sottopose ad una disamina i casi fino allora pubblicati. Negli ultimi anni si aggiunsero soltanto le osservazioni del Parker, del Puussep e di Claude e Schaeffer.

In nessuno dei vecchi casi la diagnosi esatta di sede fu fatta *intra vitam.* Nei casi di Lang, Fuerstner, Rondot e in quello del Runkiwiczt mancavano del tutto sintomi cerebrali; nell'ultimo mancava anche qualsiasi manifestazione clinica. In tutti questi casi soltanto l'autopsia rivelò la presenza del tumore.

Monti e Fruehauf trovarono in un bambino di 1 anno e mezzo, il quale aveva sofferto di emiparalisi e di convulsioni a sinistra, un tubercolo nel *n. lenticularis* dell'opposto lato.

Nei casi del Jacobson, del Castaigne e del Beurmann furono notati *intra vitam* sintomi di *deficit* motorio, nell'ultimo caso associati a fenomeni *irritativi motori,* sotto forma di tremori del lato paretico. L'emiparesi del caso del Beurmann era bilaterale e spastica. Qui, come pure nel caso dello Jacobson si trovò all'autopsia, oltre la lesione del lenticolare, anche un coinvolgimento della capsula interna nel processo neoplastico.

Nel caso del Lorenz, in cui un tubercolo del lenticolare invadeva la parte posteriore della capsula interna controlaterale, il quadro s'iniziò con fortissimi *dolori neuralgici* al lato paretico.

Nel caso del Fumarola, osservato nella R. Clinica Neurologica di Roma, trattavasi di un tumore del *n. lenticularis sinister,* che coinvolgeva la capsula esterna, il *claustrum,* l'estremo posteriore del *g. hippocampi* e la parte anteriore del *lobulus lingualis.* L'autopsia rivelò inoltre l'esistenza di un recente rammollimento nel tumore. La malattia s'iniziò con sintomi di indebolimento mentale cui si associarono nello stesso anno attacchi epilettiformi. Dopo tre anni il decadimento mentale del paziente subì una rapida progressione e come sintomi nuovi comparvero disturbi disartrici e astenia dell'arto superiore destro. Alcuni mesi dopo, quasi d'improvviso il paziente cominciò a presentare evidenti disturbi afasico-sensoriali, associati ad emiparesi doppia spastica, prevalente a destra. I disturbi afasici andarono progressivamente peggiorando fino a diventare, 2 mesi *ante mortem,* afasia quasi totale.

Di particolare importanza diagnostica è il caso di Puussep, in cui la sintomatologia presentata dal soggetto permise all'autore di formulare la diagnosi esatta di sede. Si trattava di un tubercoloma del lenticolare, che comprimeva il talamo omonimo e anche quello controlaterale. I sintomi dominanti il quadro morboso erano rappresentati da emiparesi controlaterale con partecipazione del viso, da rigidità, scosse coreiformi e contrazioni mioclониche del lato paretico, da sonnolenza e da difficoltà nella pronuncia delle parole. Mancavano invece completamente sintomi talamici, malgrado la riduzione del talamo omonimo ad una sottile lamella e la compressione di quello dell'opposto lato.

Un quadro clinico parkinsonoide con sonnolenza presenta la recente (1923) osservazione di Parker. L'espressione del paziente era rigida, la parola lenta e oscura; esistevano disturbi della deglutizione. Sia agli arti superiori che a quelli inferiori si notava un *rigor extrapiramidalis.* Tutti i sintomi, ad eccezione del segno di Babinski, che era positivo, facevano sospettare una encefalite letargica. All'autopsia si trovò, invece, un glioma diffuso ed infiltrante del lenticolare e del talamo di ambo i lati fino alla regione subthalamica.

Un simile caso pubblicarono pure nel 1923 Claude e Schaeffer. In un uomo di 49 anni si sviluppò entro poche settimane un'affezione cerebrale con l'aspetto parkinsonoide. Si notavano infatti ipertonia degli arti, povertà dei movimenti riflessi, diplopia, accessi di singulto, sonnolenza. La relazione pupillare era normale. Il F.O. non venne esplorato. Mancavano segni di una lesione piramidale. Invece dell'encefalite letargica, prospettata dagli autori, l'autopsia rivelò un glioma, che aveva distrutto completamente il lentiforme destro e che si continuava attraverso la capsula interna nel talamo.

Dall'analisi dei pochi casi raccolti nella letteratura e da quello osservato dal Fumarola nella R. Clinica Neurologica di Roma risulta che la sintomatologia dei tumori del n. lenticolare è quanto mai incostante. Spesso questi tumori rappresentano semplice reperto d'autopsia o rimangono per lunghissimo tempo latenti. Anche i sintomi generali da tumore possono essere soltanto accennati o mancare del tutto. Fra i sintomi localizzatori il primo posto occupano i disturbi motori. Già Oppenheim, Bruns e Redlich hanno notato la frequenza di tali disturbi, riferendoli però sempre ad una lesione diretta o indiretta della capsula interna. Ulteriori osservazioni, specie quelle del Parker e di Claude e Schaeffer, come pure quelle della Targowla, dimostrarono come nei tumori del lenticolare si possono avere sintomi motori, non riscontrabili nelle lesioni della capsula interna, ma invece con caratteristiche proprie alle sindromi croniche della regione lenticolare. Difatti il *deficit* motorio è in tali casi appena apprezzabile e si manifesta come lieve astenia o paresi uni- o bilaterali, senza tendenza progressiva. Spiccano invece il *rigor* extrapiramidale degli arti colpiti e fenomeni motori irritativi sotto forma di scosse miocloniche e di movimenti coreiformi ed atetosici. Si osservano inoltre rallentamento dei movimenti attivi in genere e di quelli automatici in particolare. La discriminazione dell'origine lenticolare da quella capsulare dei disturbi motori può, specialmente all'inizio della malattia, riuscire molto difficile o del tutto impossibile, dato che anche il *deficit* motorio capsulare può essere solo lievissimo all'inizio. Può inoltre accadere che a disturbi motori di origine lenticolare facciano seguito sintomi motori capsulari, come lo vediamo nel caso del Fumarola. Soltanto una protratta osservazione clinica ci potrà perciò permettere un giudizio più sicuro sulla origine dei disturbi motori.

Una notevole importanza diagnostica possono anche acquistare i disturbi disartrici e afasici. Li riscontriamo menzionati già in molte delle vecchie osservazioni, più frequentemente però nei casi recenti. Purtroppo gli autori si sono limitati in genere a descrivere molto sommariamente i sintomi suddetti parlando ora di oscuramento della parola, ora di difficoltà della pronunzia o anche semplicemente di *disturbi della parola*. Una speciale attenzione merita perciò il caso del Fumarola, dove i sintomi a carico del linguaggio furono seguìti attentamente durante tutto il decorso della malattia. All'inizio si notarono solamente disartrie, poi seguirono in modo acuto i disturbi afasico-sensoriali che si trasformarono in breve tempo in afasia sensoriale completa e poi totale. La disartria iniziale associata a paresi brachiale (due fra i sintomi principali della sindrome lenticolare di Mingazzini) indirizzarono l'attenzione verso la sede lenticolare del tumore, mentre l'afasia motoria comparsa nello stadio finale della malattia ben si conciliava anch'essa con una lesione lenticolare, la quale avrebbe interrotto le vie di comunicazione verbo-fasiche, sia con la regione motoria di destra che con quella di sinistra.

Psichicamente in un grande numero di casi vengono rilevate dagli autori torpore psichico, apatia, e non di rado sonnolenza. Quest'ultima, associandosi ai suddetti sintomi extrapiramidali può, specie quando manchino evidenti segni di *deficit* motorio, dar luogo ad un quadro morboso molto simile a quello dell'encefalite letargica. È da menzionarsi, infine, che i tumori progredienti verso il lobo frontale possono dar luogo a sintomi mentali caratterizzati sopratutto da debolezza di memoria (Puussep). Di tutti i sintomi psichici testè nominati nessuno però è caratteristico per i tumori dello striato riscontrandosi essi anche in altri tumori con sede profonda.

Riassumendo, la scarsa ed incerta sintomatologia dei tumori del n. lenticolare non ci permette per ora di formulare sindromi ben definite. Singole combinazioni di sintomi possono acquistare un certo valore di localizzazione solo nel corso di una prolungata osservazione clinica.

Fra tali combinazioni di sintomi abbiamo trovato come più importanti: 1) la disartria con lieve paresi dissociata glosso-brachiale, seguìta eventualmente da emiparesi o da tetraparesi spastica; 2) la emiparesi a tipo capsulare, ma con *rigor extrapiramidalis* e con scosse miocloniche; 3) un lievissimo *deficit* motorio degli arti unilaterale o bilaterale, con povertà dei movimenti mimici e con bradìteleocinesia, specie per quanto riguarda i movimenti automatici.

Roma, ottobre 1930.

SUNTI E RASSEGNE.

SIEROLOGIA.

Le cause dell'insufficienza attuale di attività del siero antidifterico.

(J. Lignières. *Acad. de Méd.*, 16 dic. 1930).

E' un fatto rilevato in tutte le nazioni che, invece delle 1000-1500 unità immunizzanti di un tempo, si devono ora iniettare delle quantità di molto superiori (anche 100.000-200,000) se si vogliono ottenere degli effetti nella difterite, specialmente se maligna.

Numerose sono state le cause incriminate: tardività del trattamento, associazioni microbiche, resistenza del malato, il genio epidemico, la virulenza del microbo, ecc., tutte ragioni che potevano esistere anche all'inizio della sieroterapia.

L'A. ritiene invece di potere incriminare la tossina per le ragioni seguenti.

Il primo siero antidifterico di Behring era piuttosto scarso in antitossina; le sue proprietà migliorarono adottando il metodo di Roux e Martin; ma, nel 1894, la dott.ssa Anna Williams isolò da una amigdalite difterica un bacillo che ha il potere tossigeno e patogeno il più elevato che si conosca. E' questo bacillo che, sotto il nome di bacillo Park-Williams, viene inviato in tutto il mondo per la preparazione dell'antitossina ed, agli Stati Uniti, si è arrivati ad ottenere dei sieri con 2000 unità per cmc. Ora, tale bacillo viene coltivato artificialmente da 36 anni e, pur non avendo per nulla diminuito la sua virulenza, ha probabilmente diminuito il suo potere tossigeno e, quindi, la capacità di ottenere l'antitossina. Fatti analoghi, di diminuzione del potere patogeno con conservazione della virulenza, sono stati osservati dall'A. con altri germi (streptococco, Pasteurella, Salmonella), dopo breve tempo che venivano coltivati su mezzi artificiali.

Con tutta probabilità, ricorrendo ad un bacillo isolato da un caso recente di difterite maligna, si otterrebbe una tossina più attiva e capace di produrre una maggior quantità di antitossina.

Oltre all'invecchiamento della coltura, può darsi che entri, nella diminuzione di efficacia del siero antidifterico, un fattore fin qui trascurato, cioè il potere battericida.

Invece si può escludere che tale diminuzione di efficacia sia da attribuirsi all'uso della anatossina in luogo dell'antitossina nella preparazione del siero. *fil.*

La sieroterapia anticolibacillare: sue applicazioni in medicina e chirurgia.

(H. Vincent. *Rif. Med.*, n. 36, 1° sett. 1930).

Il concetto di scarsa tossicità del *b. coli* in questi ultimi tempi è stato modificato dalle osservazioni cliniche, che hanno messo in evidenza le manifestazioni morbose, talora gravi, imputabili al *Bacillus coli*.

Tale batterio secerne due tossine: una endotossina enterotropa termostabile che ha speciale affinità per la ghiandola epato-biliare, per la mucosa e le ghiandole intestinali e per le placche di Peyer; una esotossina neurotropa che si fissa elettivamente sul sistema nervoso (midollo spinale, cervello, nervi, vago e simpatico, ecc.).

Le ricerche sperimentali hanno confermato questa divisione indicata dallo stesso Vincent; e partendo da tale presupposto l'A. ha preparato un siero terapeutico antitossico e anti-infettivo per combattere le colibacillosi.

Il *B. coli* ha punto di partenza dall'intestino, e per via ematica si diffonde in tutti gli organi, fissandosi poi in uno di essi, ove produce speciali alterazioni morbose.

È evidente che l'applicazione della sieroterapia anticolibacillare è ampia; tuttavia in alcune infezioni essa ha dato quei successi invano richiesti ad altri mezzi.

È necessario intanto assicurarsi che l'infezione sia di natura colibacillare; allorchè l'esame batteriologico ha confermata l'etiologia, la sieroterapia trova un impiego efficace nelle forme di setticemie da *coli*, che tanto spesso simulano l'infezione tifoidea o paratifoidea; la pielonefrite suppurata da *coli*, sia acuta che cronica, in o senza gravidanza, trae dalla sieroterapia un miglioramento, e talora una guarigione sicura ed inoffensiva. In breve con tale mezzo le urine si chiarificano, ed il pus scompare da esse; i sintomi si attenuano rapidamente, anche in casi in cui le altre cure sono state inefficaci.

Nelle colicistiti acute da *B. coli* la sieroterapia per essere efficace deve applicarsi quando la natura colibacillare è stata ampiamente documentata; in tali casi spesso si associano altri agenti patogeni, che possono annullare l'azione del siero anticolibacillare.

Nelle infezioni urinarie secondarie, di pertinenza chirurgica, in cui il *Bacillus coli* interviene secondariamente (litiasi renale ureterale o vescicale, tumori del rene, idronefrosi, ecc.), bisogna però prima rimuovere la causa, e poi applicare la sieroterapia; comunque tale mezzo riesce molto utile quale mezzo preventivo: la sieroterapia preventiva deve costituire la regola in tutte le operazioni dei malati infettati dal colibacillo.

Una notevole efficacia ha mostrato la sieroterapia nelle appendiciti gravi gangrenose o complicate a peritonite; in tali casi la sieroterapia ha potuto modificare condizioni tragiche, e permettere un intervento chirurgico che non era possibile prima.

È nota l'importanza del *B. coli* in alcune affezioni enteriche del lattante; anche in tali casi il siero anticolibacillare può essere proporzionatamente iniettato, e senza timore,

perchè il siero è dealbuminizzato, e quindi, molto ben tollerato.

Le enteropatie croniche muco-membranose o diarroiche mantenute dal colibacillo, si giovano di tale terapia.

Importanti successi ha notato l'A. con tale mezzo curativo in casi di disturbi mentali, nei dementi, nei vesanici, ecc., in cui poteva sospettarsi una etiologia colibacillare per pregresse pielonefriti o appendiciti, o enteriti.

Anche in stati morbosi a patogenesi oscura, ma in cui può pensarci ad una natura colibacillare, la sieroterapia specifica può rendere utili servizi. L. CARUSI.

Cinque anni di trattamento delle sepsi con sierovaccini.

(G. MAYER. *Münch. Med. Woch.*, n. 46, 14 novembre 1930).

Questo genere di terapia avrebbe per scopo la produzione di immunità di alto grado, possibilmente a tipo specifico, per mezzo di culture batteriche e di sieri ricchi di vitamine. Per togliere poi il pericolo dell'anafilassi, si utilizzarono sieri provenienti da soggetti umani, come pure si fece uso di estratti placentari e di numerosi batteriofagi, per aumentare la polivalenza.

L'autore descrive 4 tipi di siero-vaccino, distinti a seconda dei germi in esso contenuti, mentre il 4° tipo è composto solamente di siero umano. In complesso la polivalenza consta di 692 stipiti batterici ottenuti da una infinità di prodotti morbosi.

La preparazione, descritta minutamente dall'A., è notevolmente complicata, e comprende anche delle esposizioni ai raggi ultravioletti. Anche la somministrazione è abbastanza complicata, e richiede l'osservanza di precetti stabiliti per alternare i vari tipi. Non si esclude poi l'eventualità che si debba ricorrere ad autovaccini, come accade nelle forme croniche. Il metodo sarebbe applicabile a tutti i diversi stati settici, compresa la sepsi gonococcica, e i risultati sarebbero stati fin qui soddisfacenti, per la diminuzione della mortalità e per l'innocuità constatata in varie centinaia di applicazioni. M. FABERI.

ORGANI RESPIRATORI.

Contributo allo studio degli ascessi polmonari.

(NANU-MUSCEL, STOICHITZA. *Archives méd. chirur. de l'appar. respirat.*, n. 4, 1930).

Isolati dal caos delle tisi polmonari dal Laennec, gli ascessi polmonari sono stati considerati durante un secolo come malattia estremamente rara. Si conoscevano soltanto gli ascessi polmonari acuti, post-pneumonici, gli ascessi metastatici, complicazioni della febbre puerperale e delle diverse infezioni purulente. Gli ascessi polmonari ad evoluzione cronica erano completamente sconosciuti, inglobati nel capitolo della tubercolosi o delle bronchiettasie. Non per questo le suppurazioni polmonari erano da considerare rare nella realtà: esse erano frequenti ma la maggior parte di loro erano inglobate nel capitolo delle pleuriti purulente incistate, in specie interlobari. La radiologia all'inizio parve confermare la prevalenza delle pleuriti interlobari. Così la prognosi degli ascessi polmonari è stata considerata di estrema gravità: le statistiche di Fraenkel e del Ménétrier appoggiavano questo modo di vedere.

Gli ultimi studi hanno mostrato che gli ascessi polmonari in realtà non solo non sono rari ma che la guarigione loro, spontanea perfino, è cosa frequente: il capitolo degli ascessi polmonari si è venuto così precisando, ampliando. Molti AA. attribuiscono la frequenza odierna degli ascessi polmonari alle epidemie di grippe; nei paesi anglo-sassoni la frequenza delle suppurazioni polmonari coinciderebbe con la volgarizzazione dell'amigdaloidectomia con anestesia generale. A parte queste eventuali azioni, non v'è dubbio che la percentuale maggiore, in buona parte, è dovuta a più precisa diagnosi a danno delle pleuriti interlobari: di questa diagnosi troppo si è abusato ed è probabile che molte pleuriti interlobari appartengono alle pleuriti incistate della grande cavità, prolungate verso l'ascella.

La radiologia precisa oggi l'immagine dell'ascesso polmonare: una cavità idro-aerea di forma ovale, con grande asse verticale: la cavità superiore chiara aerea, separata dalla zona inferiore, oscura, idrica, da un livello sempre orizzontale in qualsiasi posizione del malato. La immagine è per lo più unica, ma può essere multipla negli ascessi multipli. La radiologia parla in favore di una pleurite incistata se fa vedere all'esame trasversale una immagine sospetta allungata trasversalmente, obliqua in basso ed in avanti: talora le linee orizzontali di questa trasversale si curvano sotto la pressione ed il peso del liquido incistato ed il contorno dell'ombra diviene più o meno convesso: la linea superiore non raggiunge però mai la convessità dell'ascesso polmonare.

Spesso l'immagine idroaerea manca, rimpiazzata da una zona di ombra più o meno opaca ed omogenea, a contorno impreciso (nel 20 % dei casi). Il lipiodol non rende grandi servizi alla diagnosi perchè Sergent e Cottenot hanno dimostrato come regola generale, che il lipiodol introdotto per via intratracheale non penetra nell'ascesso del polmone arrestandosi alla periferia dell'ascesso.

L'origine degli ascessi polmonari, in linea generale, può essere una pneumopatia primitiva ovvero una embolia settica proveniente da

un focolaio infettivo, embolia spontanea o post-operatoria. Gli AA. americani riconoscono uno stretto rapporto fra moltiplicazione delle amigdaloidectomie e frequenza crescente degli ascessi polmonari, secondo Lemon e Meyerson per aspirazione di particelle settiche.

Bezançon e Lemierre considerano gli ascessi polmonari cronici e fetidi come una forma speciale della gangrena polmonare ad evoluzione subacuta o cronica, con ricadute e remissioni dovute ad uno speciale spirochete. D'altra parte il Sergent e gli AA. americani situano ogni suppurazione fetida nel capitolo degli ascessi polmonari spiegandone la loro evoluzione cronica e il carattere fetido con la loro natura spirillare: in ogni caso si tratta di forme intermedie fra l'ascesso polmonare non fetido e la gangrena polmonare acuta.

Ma, risolto il problema diagnostico, il più delle volte restiamo incerti sul decorso ulteriore di ogni suppurazione polmonare. Alcuni ascessi guariscono spontaneamente, altri portano a morte per l'inefficacia dei nostri mezzi terapeutici. Ha importanza fondamentale la divisione in ascessi acuti e ascessi cronici, poichè l'evoluzione dètta la terapia: come principio generale si può dire che gli ascessi polmonari acuti sono suscettibili di cura medica, i cronici sono di spettanza chirurgica. In effetti il trattamento medico (vaccini, siero, chemioterapia, drenaggio di posizione ecc.) ha una efficacia più teorica che reale. Molti recentemente hanno insistito, all'infuori s'intende della natura amebica, sulla efficacia dell'emetina nella cura degli ascessi polmonari (azione umorale? chemioterapica?). Ad ogni modo il trattamento medico non deve essere protratto troppo a lungo: due mesi di tentativi bastano ad affidare al chirurgo il p. Negli ascessi ben localizzati, con debole condensazione periferica, sottocorticali, il solo metodo è la pneumotomia (60 % di buoni risultati secondo Archibald). Alcuni consigliano il pneumotorace: ma qui vi è pericolo di rottura di aderenze con grave piopneumotorace. Sergent lo controindica. Può rendere utili servigi la frenicotomia: in realtà ella porta a vantaggi transitori e deve ritenersi un intervento preliminare o complementare. Negli Stati Uniti è di uso corrente la broncoscopia con aspirazione: secondo gli AA. americani i migliori successi con questo metodo si otterrebbero negli ascessi consecutivi ad aspirazione di corpi estranei, e ad amigdaloidectomie.

Gli ascessi abbandonati o trattati con palliativi dànno dopo 3-4 anni una mortalità del 60-80 %. Si sviluppa progressivamente intorno alla raccolta purulenta una polmonite cronica, e nella sclerosi possono manifestarsi delle dilatazioni bronchiali. Nello stesso tempo nella cavità si sviluppano anaerobi con secondario fetore e necrosi delle pareti. La sola indicazione terapeutica negli ascessi cronici è pertanto la chirurgica. Secondo Sergent, Baumgarter e Kourilsky l'operazione di elezione sarebbe la pneumotomia con distruzione la più completa del focolaio. Graham insiste sulla lobectomia al termocauterio, Archibald usa la lobectomia con elettro coagulazione, diminuendo la mortalità cui dà luogo la lobectomia con il bisturi. Altra causa di diminuzione della mortalità è data dalla esecuzione dell'operazione in più tempi, e l'intervento in tempo precoce.

Come complemento a questa esposizione sintetica, l'A. apporta venti casi personali: in questa casistica risultano diversi fatti: anzitutto la predilezione dell'affezione per il polmone destro; in genere l'inizio brusco con pneumopatia acuta; la frequenza del fetore dell'espettorato; (nelle prime due settimane di inizio della malattia) in quattro casi la guarigione spontanea; due morti per generalizzazione dell'infezione; due morti per piopneumotorace (consecutivo a pneumotorace terapeutico); tre miglioramenti col trattamento emetinico; un morto ed una guarigione dopo pneumotomia. R. MONTELEONE.

Le spirochetosi polmonari di origine boccale.

(P. GASTINEL. *Bull. Méd.*, 23 ott. 1930).

Attualmente noi non possiamo limitare alla sola angina di Plaut-Vincent le forme fusospirillari della bocca, perchè ulteriori ricerche hanno dimostrato che molte stomatiti ulcero-membranose, o tossiche, che alcune lesioni gengivali o piorree alveolo-dentarie sono mantenute da fuso-spirilli.

Inoltre molte affezioni fuori della bocca sono prodotte dai fuso-spirilli: gangrene degli organi genitali, coliti ulcerose, localizzazioni polmonari, otiti, mastoiditi, sinusiti, ecc.

Dal lato batteriologico l'associazione fusospirillare risulta da un bacillo fusiforme che in realtà è uno spirillo, in simbiosi con una spirocheta notevolmente polimorfa. Questo germe, qualunque sia la sua localizzazione, impiantato nei tessuti, vi produce sempre la necrosi.

Nei casi leggeri provoca una mortificazione superficiale dei tessuti con un'ulcerazione ricoperta da un tessuto necrotico pseudo-membranoso. Nei casi gravi si approfonda il processo, e si producono delle escare; la lesione presenta due zone istologiche, una superficiale di tessuto necrotico, ed una profonda con tessuto infiammatorio di reazione.

Il problema batteriologico delle spirochetosi bronco-polmonari, con la bronchite emottoica, non è ancora risolto.

La bronchite emottoica mise in evidenza una spirocheta detta *bronchialis*. Nelle bronchiti fetide suppurate o gangrenose, nelle gangrene polmonari furono riscontrate associazioni fuso-spirillari.

Prendendo in considerazione le spirochetosi polmonari, il problema batteriologico si presenta sotto tre aspetti: secondo alcuni le diverse forme di spirochete darebbero luogo ad una speciale affezione polmonare; così la spirocheta di Vincent in simbiosi con il fusiforme darebbe luogo ad affezioni faringo-laringee, mentre la spirochete di Castellani sarebbe responsabile della bronchite emottoica.

Contrariamente a questa teoria esiste quella unicista, sostenuta dal Sanarelli, la quale attribuisce alla spirocheta, che si presenta con un notevole poliformismo e quindi sotto diversi aspetti, tutte le lesioni polmonari e broncopolmonari.

Un'ultima teoria concepisce la simbiosi fuso-spirillare come un'associazione di diverse spirochete associate, la cui azione patogena sarebbe esaltata dalla presenza di bacilli proteolitici anaerobi del gruppo dei bacilli fusiformi.

Le manifestazioni polmonari dell'infezione fuso-spirillare per la maggior parte sono di origine bucco-dentaria.

Numerosi casi di gangrena polmonare son riportati ad una piorrea, carie dentaria, ecc.; tuttavia non è da escludere che la localizzazione polmonare possa avvenire per via ematica, da un focolaio intestinale o di altro organo.

Le spirochete non esplicano alcuna azione nei tessuti sani; per diventar virulente occorre una mortificazione dei tessuti; alla loro azione in seguito si aggiunge quella dei fusiformi. Sicchè per provocare la lesione fuso-spirillare è necessario che vi sia la natura del terreno, sia per infezioni generali, come per debolezza locale ove s'impianterà l'azione della spirocheta.

L'infezione fuso-spirillare non è quindi una malattia primaria.

Importanza non minore ha la qualità batteriologica della flora che deve assicurare la simbiosi.

La terapia di queste associazioni fuso-spirillari trova un valido medicamento negli arsenobenzoli, sia applicati localmente, sia iniettati endovene, a dosi frazionate di 0,30, due o tre volte la settimana. L'utilità degli arsenobenzoli è generalmente riconosciuta; risultati incostanti si hanno solo nelle spirochetosi respiratorie fetide e gangrenose, forse perchè si attua la cura troppo tardi.

L. CARUSI.

BIOLOGIA.

La coltura dei tessuti.

(M. ARON, *Presse Méd.*, 29 ott. 1930).

Sull'interessante problema della cultura dei tessuti sono stati pubblicati notevoli ed importanti lavori in questi ultimi tempi, giustificati dalle importanti conoscenze e ricerche che tale metodo d'indagine ha messo in evidenza. Spesso però la divergenza dei risultati sono espressione d'un accordo non perfetto per quanto riguarda tali ricerche.

Si deve pertanto intendere come cultura di tessuti *in vitro* il mantenimento fuor dell'organismo di frammenti di tessuto messi in condizione tale che i loro elementi siano suscettibili di vivere a spese del loro nuovo mezzo e di moltiplicarsi in una maniera teoricamente indefinita.

Si usa il termine « teoricamente » perchè le difficoltà di tecnica sono così grandi che spesso si produce la morte d'una cultura dopo qualche giorno o qualche settimana.

Si intenderà per cultura complessa un frammento d'organo o di tessuto in cui coesistono varietà cellulari multiple; invece per cultura pura s'intende quella che produce la sola proliferazione d'una specie cellulare distinta.

Affinchè gli elementi separati dall'organismo possano moltiplicarsi indefinitamente, bisognano d'un supporto materiale conveniente, di determinati alimenti, e di essere sottratti ad ogni azione nociva da parte dei prodotti del loro stesso catabolismo. Il supposto materiale può essere costituito da una goccia di plasma fresco, il quale coagulandosi imprigiona il tessuto in una sottile rete di fibrina, in modo da costituire un ottimo supporto; recentemente per coltivare i tessuti si preferisce il metodo della goccia pendente di plasma; tuttavia se questo mezzo è ottimo per mantenerli, non può fornir loro gli alimenti; si usa per alimentarli l'estratto di embrione di pulcino; il liquido dev'essere assolutamente asettico; in tale mezzo i tessuti sopravvivono e proliferano, a condizione che siano sottratti all'azione nociva dei loro prodotti del catabolismo cellulare, mediante speciali lavaggi.

La cultura dei tessuti ha permesso di osservare dei fenomeni misteriosi e finora oscuri, e di poter seguire l'evoluzione di modificazioni cellulari non ancora sospettate.

Così G. Levi ha osservato, per es., che i mitocondri nascono *de novo* dal seno del citoplasma, scompaiono, si riformano in un ambiente colloidale, come in fasi separate. Inoltre s'è osservato che la proprietà di emettere pseudopodii, di muoversi non è propria degli amebociti, quali i globuli bianchi e gli istiociti, ma che può essere assunta da ogni specie di elementi, cellule glandolari, cellule nervose appena allontanati dalla loro sede o dagli agenti che ne mantengono la fissazione.

La cultura dei tessuti ha portato un notevole contributo alla conoscenza del meccanismo della nutrizione cellulare, per opera di Carrel, il quale ha identificato queste sostanze nutritive dei tessuti, da lui denominate trefoni, in prodotti di degradazione dei protidi, dell'ordine delle proteosi. Sono quindi le materie proteiche quelle necessarie alla proliferazione dei tessuti.

Su di un altro argomento è stata portata l'at-

tenzione: sulla differenziazione delle cellule, la quale non dipende da regole generali e fisse, ma è variabile e legata alle diverse cellule ed a cause diverse.

La cultura, per es., d'una cellula non le conserva i suoi attributi morfologici che ne assicura la sua identità, ma la riporta ad uno stato d'elemento in apparenza indifferenziato. Che gli attributi morfologici nell'organismo siano mantenuti ai tessuti per opera di azioni umorali, o d'influenze ormoniche, o di stimoli di ordine nervoso, o da condizioni meccaniche, è certo che tale mancanza fa sparire i segni caratteristici dell'attività cellulare. Ma non bisogna intendere questa condizione in senso assoluto, perchè le cellule sono capaci di riprendere le loro antiche caratteristiche se messe a contatto con le loro relazioni abituali e col mezzo da cui sono state tolte.

Così la vecchia nozione di « specificità cellulare » è in parte spogliata dal velo di oscure speculazioni che la mascherava.

Certo le presenti ricerche sono ancora allo stadio di osservazioni teoriche; tuttavia s'è riuscito ad isolare *in vitro*, ed a seguire nella loro evoluzione le cellule di due malattie le più temibili e le più mortali: la tubercolosi ed il cancro.

Il Maximow è riuscito a infettare, col bacillo di Koch, delle culture pure di fibroblasti o di gangli linfatici di mammiferi, ed ha fatto sviluppare, a spese di elementi sani, i tipi cellulari caratteristici delle lesioni bacillari — cellule epitelioidi e cellule giganti — ed a riprodurre il tubercolo nei suoi caratteristici aspetti.

Dei tumori s'è riuscito a coltivare frammenti di sarcoma ed a precisare i tipi cellulari, che consistono in elementi ameboidi, della famiglia istiocitaria, capaci, come i globuli bianchi, di moltiplicarsi indefinitamente, senza la necessità di trefoni, e in elementi fissi della famiglia dei fibroblasti.

La cultura dei tessuti ha portato una nuova luce sul fenomeno di accrescimento: quello che caratterizza una cultura vera è la proliferazione illimitata delle cellule sottratte ad un essere complesso. Ora, mentre un organismo porta con sè, dopo la sua nascita, i princìpi della sua esistenza e della sua morte, come caratteristiche della vita stessa, appena viene invece distaccato da lui, perde tutti gli attributi che aveva, e riesce a sfuggire alla sicura sorte a cui era destinato: acquista l'immortalità, e conserva l'attributo della giovinezza, mentre *in sito* sarebbe andato incontro inesorabilmente alla senescenza. Sicchè il termine di accrescimento, come quello di morte, deve intendersi come effetto della solidarietà tra le parti dotate ciascuna d'una immortalità potenziale. Ma perchè è il mezzo interno che realizza la loro unione, vien da domandarsi se non risieda in esso la causa o almeno una causa possibile dell'ineluttabile fine! Carrel propone una risposta preoccupante quando afferma che il siero contiene in sè il principio inibitore dell'accrescimento; certo è che queste ricerche farebbero pensare che l'arresto dell'accrescimento, dell'involuzione e della morte non sia nell'intimità delle cellule, nell'equilibrio del loro citoplasma o nella costituzione della loro cromatina, ma fuori di esse.

Tutte queste nuove e feconde acquisizioni lascerebbero libero il campo all'immaginazione, se in medicina non fosse necessario un severo controllo sperimentale di quanto si afferma.

Tuttavia un concetto nuovo scaturisce da queste osservazioni: quello dell'individualità. Letteralmente il termine individuo significa: « che non è divisibile », cioè subordinato al tutto.

Queste concezioni nuove offrono elementi di osservazioni non solo ai biologi, ma a tutti gli studiosi, nei più diversi domini dell'esistenza umana. L. CARUSI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

T. SCHNIRER. *Medizinal Index und Therapeutisches Vademecum.* Due voll. in-24°, di di pagg. 402 e 224. - F. Deuticke, ed., Leipzig e Wien, 1931. Prezzo RM. 4,60 o Scell. 6,90.

Il comodo volumetto tascabile e rilegato, che costituisce la prima parte, contiene un *vademecum* diagnostico-terapeutico delle varie malattie disposte per ordine alfabetico, un elenco dei medicamenti (fra cui sono comprese moltissime specialità tedesche) con le indicazioni e le dosi e diverse ricette. In seguito sono trattati il pronto soccorso, gli avvelenamenti, la cosmetica, l'incompatibilità dei medicamenti, i mezzi di iniezione e di inalazione, i sieri terapeutici, i preparati alimentari, ecc. Sono poi riportate numerose tabelle di consultazione utile per il medico (dosi massime, gravidanza, peso e lunghezza, scale termometriche), oltre ad elenchi di bagni, di località di cura, di case di salute, ecc.

Nella II parte, vi è un resoconto sommario delle varie acquisizioni terapeutiche dell'anno. Seguono i consigli pratici per l'assistenza al parto, per l'alimentazione infantile, per la diagnosi e terapia della tubercolosi, le vaccinazioni (l'A. sconsiglia, per la difterite, la miscela tossina-antitossina), la tecnica terapeutica, la dietetica, le principali ricerche di chimica e microscopia clinica, ecc.

Libro di agevole ed utile consultazione.

fil.

A. RODELLA. *Il diabete mellito e sua cura.* Un vol. in-16°, di pagg. 280, rilegato. - U. Hoepli, ed., Milano, 1931. Prezzo L. 16.50.

L'A. dopo brevi cenni storici, dà indicazioni per la determinazione della glicemia, si

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

occupa con una certa larghezza dell'eziologia e della patogenesi, accennando ai prodromi ed alla prognosi del diabete. Tratta poi la terapia del diabete leggero e di quello grave, con senso di notevole praticità e tenendo conto dei lavori pubblicati in argomento. Si occupa poi dell'insulina, di cui vaglia i benefici ed i pericoli, accennando anche ai surrogati di essa. Dopo un capitolo sulle complicazioni e sulla loro cura, dà consigli per la cucina dei diabetici, sulle norme igienico-dietetiche e sulla cura farmaceutica.

Il libro, che è alla sua III edizione, è consigliabile ai medici ed ai diabetici, per le sue doti di chiarezza e di praticità. *fil.*

E. FRANK e A. WAGNER. *Insulintherapie einschl. der Indikationen bei nichtdiabetischen Erkrankungen.* Vol. di pagg. 99. Edit. G. Thieme. Lipsia, 1931.

In un breve volumetto gli AA. hanno raccolto le nozioni fondamentali sull'insulina trattando con speciale riguardo la sua indicazione e somministrazione terapeutica. In vari capitoli è esposta la cura insulinica nel diabete degli adulti e dei bambini, la cura combinata con la sintalina, i pericoli della cura.

In un'appendice sono raccolte le nozioni più importanti nella cura insulinica in malattie non diabetiche come negli stati di vomito, di ipertiroidismo, nelle infezioni, nelle alterazioni trofiche, nelle malattie del ricambio.

Il libro è di facile e celere consultazione.

P. VALDONI.

L. VIDAL. *Dictionnaire de spécialités pharmaceutiques.* XIII ed. Un vol. in-24°, di pagg. 1108, rilegato. - Office de Vulgarisation pharmaceutique, Paris, 107, Rue Lafayette.

È un elenco delle specialità farmaceutiche, in massima parte francesi (ve ne sono anche alcune italiane), disposte per ordine alfabetico con indicazioni sulla composizione, l'azione terapeutica, le indicazioni, il modo di uso, il prezzo e gli indirizzi dei fabbricanti e dei depositari. Precedono le indicazioni terapeutiche delle varie specialità. Nell'impressionante dilagare di queste (di cui anche i più vivaci oppositori non possono fare a meno), può fare comodo questo elenco, che ha anche il merito di essere inviato gratuitamente ai medici che ne fanno richiesta. *fil.*

Umstimmung als Behandlungsweg. Vol. di pagg. 262, con 34 figure. Edit. G. Thieme. Lipsia, 1930.

In questo volume sono state raccolte le conferenze tenute da vari autori al corso di perfezionamento di Wiesbaden, nel 1930. Gli argomenti trattati si riferiscono alle indicazioni e ai metodi di cure balneari in varie affezioni degli organi. In ogni capitolo è data particolare importanza al meccanismo di azione della cura e alla illustrazione dei risultati ottenuti. P. VALDONI.

L. DESTOUCHES. *La chinina in terapeutica.* In-8° di p. 117. Amsterdam, Ufficio per la diffusione dell'impiego della chinina, 1930. Rilegato. Collezione « Chininum ».

In questa monografia sono presi in esame i numerosi impieghi terapeutici della chinina. Precedono cenni di storia, chimica e farmacodinamismo; poi sono esposte le azioni terapeutiche: antimalarica, topica, ipostenizzante, antisettica, vaso-motoria, ecc. e le applicazioni correlative alle varie malattie; si dà un cenno alla cura dell'intossicazione da chinina; infine si espongono i modi di somministrazione.

Il volume reca i ritratti di B. A. Gomes (Lisbona) che isolò la cinconina (1810) e di G. B. Caventou e G. Pelletier (francesi) che isolarono la cinconina e la chinina (1820). Il volume può richiedersi, in omaggio, all'Ufficio sopra indicato (De Wittenkade 48, Amsterdam - W., Olanda). A. P.

È in preparazione « *L'Année Médicale Pratique* » volume annuo, a cura del dott. LIAN, contenente 300 articoli disposti per ordine alfabetico, i quali espongono le acquisizioni recenti e pratiche in tutti i campi della medicina. Prezzo per l'Italia: fr. francesi 26. Sconto del 25 % a chi sottoscrive prima del 25 marzo. Rivolgersi a: M. Lépine éditeur, rue d'Amsterdam, 39, Paris VIII°.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Accademia Pugliese di Scienze.

Seduta dell'11 dicembre 1930.

Presidenza: Prof. GIOV. GALLERANI.

Sul megacolon congenito.

M. RONZINI. — L'O. illustra un caso di m. c. in una bambina di tre anni operata dal prof. Righetti di colectomia totale. Sulla scorta del reperto istologico, esclude le teorie dell'« aplasie » poichè tutti gli elementi, muscolari, elastici e nervosi furono trovati largamente rappresentati. Conclude per la patogenesi mista nel senso di una anomalia di sviluppo embrionario per l'abnorme lunghezza del colon e di una ectasia con ipertrofia delle pareti, l'una e l'altra secondaria alle inflessioni e torsioni che si determinano a livello del tratto discendente del sigma.

INSABATO. — Chiede se l'O. per il siste. nerv. ha fatto ricerche comparative su intestino crasso di soggetti normali.

La Gravinese. — Chiede se sul sigma fosse stata rinvenuta la presenza di briglie od altri mezzi di abnorme fissità.

Gallerani. — Chiede quale rapporto approssimativo di spessore si potè stabilire tra gli strati longitudinale e circolare della tunica muscolare.

Ronzini. — Risponde: a Insabato che ricerche comparative non furono fatte ma che comunque era sempre possibile farle, sebbene superflue; a La Gravinese che il sigma fu trovato del tutto normale nell'aspetto e nei mezzi di fissità; a Gallerani che il rapporto di spessore fu vario nei diversi tratti studiati e cioè 1 per la longitudinale e 10 per la circolare nel ceco-ascendente; 1:3 nel trasverso; 1:5 nel discendente.

Sulla causa di morte intestinale acuta sperimentale.

C. Trinchera. — L'O. comunica il complesso dei suoi reperti sperimentali, i quali stanno chiaramente a dimostrare uno stato di grave insufficienza funzionale da parte del fegato e notevole disfunzione anche a carico del rene, per cui l'O. è portato a ritenere, nelle condizioni di esperimento da lui adottate, più accettabile la teoria dell'autointossicazione per l'interpretazione della causa di morte nelle occlusioni intestinali acute, e cioè per tossine verosimilmente provenienti dal focolaio di occlusione e penetranti in circolo, le quali una volta vinti i poteri svelenanti del fegato e del rene, determinano irreversibilmente l'esito letale.

Altre comunicazioni sono state fatte dai soci L. Musaio e G. Ceccarelli.

Il Segretario: Prof. L. Quaranta.

Società di Cultura Medica Novarese.

Seduta del 4 dicembre 1930.

Presidente: Prof. L. Bacialli.

Le lesioni ossee nei postumi di poliomielite anteriore acuta.

Prof. Piero Fornara. — L'O., ritornando a discutere su di un caso già presentato dal dott. Garampazzi, caso di un ragazzo che dopo una paralisi poliomielitica presentò agli arti paralizzati cinque fratture per traumi minimi, tratta, in base a radiografie che presenta, delle lesioni ossee che si riscontrano negli arti che sono sede in paralisi da malattia d'Heine-Medin.

Porpora idiopatica costituzionale.

Dott. D. Cantone. — L'O. illustra due casi, uno dei quali particolarmente grave per l'insistenza e l'abbondanza delle emorragie intestinali, gengivali e nasali, che hanno messo in pericolo la vita della paziente. In entrambi i casi furono praticate numerose trasfusioni di sangue, dalle quali le ammalate hanno tratto notevole giovamento. L'O. ha potuto eseguire le opportune indagini ematologiche sia all'inizio delle manifestazioni emorragiche che dopo la cessazione di esse, riscontrando nei diversi periodi di tempo e poi anche durante il completo benessere le classiche stigmate della porpora costituzionale; tempo di coagulazione normale, scarsa od assente la retrazione, coagulo, tempo di emorragia molto protratto, forte diminuzione del numero delle piastrine, diminuzione della resistenza vasale.

Discute poi sulle interpretazioni patogenetiche della malattia e sui metodi di cura.

Dott. Bacialli. — Nei riguardi delle diatesi costituzionali l'O. ricorda e conferma la compartecipazione mestruale al quadro generale. Ricorda che in alcuni casi, a esame ginecologico negativo, si è eseguita la roentgenterapia ovarica e della milza con lusinghieri risultati.

Su di un corpo estraneo della trachea.

Dott. A. Petterino. — L'O. riferisce sulla presenza di un fagiolo nella trachea di un bambino di 14 mesi. Riferita dettagliatamente l'anamnesi e lo stato presente del piccolo paziente, descrive l'atto operativo adottato in questo caso (tracheotomia bassa con tracheoscopia).

Riscontrata la presenza del fagiolo dall'edema della mucosa nella regione ioglottica, viene praticata l'estrazione. Applicazione di cannula tracheale, medicazione. In terza giornata si toglie la cannula, in quarta il bambino è apirettico, e tale si mantiene sino all'uscita dall'Ospedale. In sesta giornata la ferita tracheale è cicatrizzata, in undecima anche la ferita esterna.

In dodicesima giornata il p. esce.

Fatta la critica dei sintomi presentati dal bambino, e confermata la diagnosi, discute i diversi metodi estrattivi, cioè la tracheobroncoscopia superiore o quella inferiore in seguito a tracheotomia.

A seconda delle condizioni particolari del caso, bisognerà eleggere un metodo o l'altro. Discute pure se si dovrà applicare o no l'anestesia.

Conclude che nei bambini e nei casi di pazienti asfittici, non si dovrà praticare anestesia.

Prof. Ferretti. — Ribadisce il concetto della assoluta necessità dell'immediato intervento estrattivo in tutti i casi di corpi estranei nelle vie aeree ma specialmente in quelli di natura organica, per evitare che la facile decomposizione dei corpi stessi possa determinare fenomeni infettivi e putridi dell'albero respiratorio, con le gravissime conseguenze che ne possono derivare.

In quanto alle varie teorie sull'estrazione per vie naturali (tracheo-broncoscopia superiore) in rapporto all'età del paziente, conferma quanto il dott. Petterino ha esposto, aggiungendo che nel bambino al disotto del 1° anno d'età non si deve escludere la tracheo-broncoscopia superiore, ma, data la delicatezza dei tessuti laringei e specialmente della regione ipoglottica, la tracheo-broncoscopia ha il vantaggio di escludere ogni trauma anche minimo di questa regione e specialmente in rapporto ad eventuali e postumi fenomeni cicatriziali che possono derivare anche da minime lesioni di continuo della mucosa di detta regione.

Il Segretario: Prof. R. Rinaldi.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA

Stato attuale delle ricerche sui fermenti di difesa.

Abderhalden, il grande studioso dei fermenti, espone (*Med. Klin.*, 46, 1930) lo stato odierno della loro conoscenza. È noto oggi che, qualunque siano le sostanze che giungono nel tratto gastro-intestinale, l'opera di scomposizione ne libera sempre gli stessi fondamentali elementi costituenti.

Che avviene di queste sostanze quando sono iniettate per via parenterale? La comparsa di proteine estranee in circolo determina meccanicamente la formazione di speciali fermenti, le proteasi, che ne compiono la disintegrazione: così i carcinomatosi posseggono fermenti che attaccano le cellule neoplastiche, le gravide fermenti che attaccano gli elementi placentari, ecc.

La tecnica di ricerca è stata assai semplificata da quando si è visto che potevasi sostituire al sangue l'urina: da questa come da quello, si possono isolare i fermenti.

Ulteriori ricerche sul comportamento del siero di sangue dopo la somministrazione parenterale di increti sono in corso.

V. SERRA.

L'origine intestinale dell'eclampsia.

La tossina che provoca l'eclampsia della gravidanza ci è ignota. Appare logico ricercarne l'origine nell'utero gravido e più precisamente o nel feto o nella placenta (ma più probabilmente in questa). Le alterazioni anatomiche si riscontrano in vari organi: reni, fegato, cervello, ecc. Le alterazioni epatiche sono di importanza capitale nella patogenesi dell'eclampsia.

Esse sono precisamente degenerazioni della cellula epatica, emorragie interstiziali, necrosi. Le alterazioni funzionali del rene sono evidenti; ma esiste anche un'alterazione della funzionalità del fegato che non è più in grado di opporre una barriera fra circolo portale e circolo generale e in questo modo si ha la tossiemia. L'eclamptica, secondo Christie Brown (*The British Medic. Journ.*, 8 nov. 1930) è un'ammalata che soffre quasi sempre di stitichezza e compie disordini alimentari, che facilmente provocano lo stato tossico appunto per la mancata azione disintossicante da parte del fegato. A questa si deve aggiungere l'intossicazione di origine renale, che coesiste sempre.

R. LUSENA.

SEMEIOTICA.

La bile nera.

B. Desplas et J. Dalsace (*La Presse Médicale*, n. 56, pag. 939) presentano lo studio clinico, le constatazioni operatorie e lo studio post-operatorio da loro fatto in 5 pazienti che avevano disturbi digestivi, modificazioni psichiche e reperto operativo di bile nera nella cistifellea e vie biliari.

Studio clinico. — Questi paz. presentavano una sintomatologia di dispepsia gastro duodenale con pesantezza gastrica dopo i pasti, sonnolenza, eruttazioni, qualche volta dolore, qualche volta vomito alimentare o biliare. Avevano ancora disturbi intestinali, in genere stitichezza, meteorismo provocati da errori dietetici; oltre a ciò presentavano una sindrome psichica particolare con senso di scoraggiamento, con ipocondria, con facile irritabilità, sintomi tutti che si accentuavano con l'accentuarsi dei disturbi digestivi.

In questi soggetti i disturbi intestinali rimontavano a diversi anni avanti. Avevano fatto cure mediche con risultato scarso. Qualche volta, in alcuni di loro, vi era stato un subittero, o ittero franco.

All'esame obb. presentarono tinta subitterica, lingua patinosa, fegato debordante e dolente, sensibilità lungo il colon ascendente. Punto cistico dolente. L'es. radiologico, in solo 2 soggetti dette immagine colecistica ingrandita, negli altri 3 non ne dette, affatto.

Furono operati.

Constatazioni operatorie. — Cistifellea poco alterata, che si vuotava difficilmente, con segni di pericolecistite, non contenente calcoli nè sabbia biliare. Conteneva bile densa vischiosa filante, nera come l'inchiostro nero. Le vie biliari non distese. Segni di appendicite pregressa o cieco e colon disteso e mobile assai.

Fu praticata la colecistostomia ed ancora, a seconda del reperto, la ciecoplicatio o l'appendicectomia.

Studio nel periodo post-operatorio. — Nei giorni seguenti l'intervento continuò a fluire bile nera, poi progressivamente, non uniformemente la bile andò rischiarando fino al colore normale.

Con lo schiarire della bile coincise miglioramento dei pazienti: peggioramento quando (come si verificò più volte) la bile ritornava a fluire scura.

La bile era più nera e in maggior copia nella notte.

Il decubito del malato non influiva sul ritmo e sul colore della bile fluente per il drenaggio.

Gli AA. hanno fatto fare esami dei diversi campioni di bile e costantemente hanno trovato bile asettica. Il comportamento del tasso dei pigmenti biliari è proporzionale a quello della intensità di colorazione della bile.

G. D'ANNEO.

Ematurie nelle affezioni della cistifellea.

H. Edelmann (*Med. Klinik*, 5 dic. 1930) ricorda dapprima come nelle affezioni renali gli agenti possano giungere per via discendente (vie sanguigne e linfatiche) e ascendente (uretere); le malattie che dànno più facilmente origine ad affezioni del rene sono la scarlattina, la foruncolosi, l'angina, la tubercolosi, la lues, ecc.; tuttavia questo gruppo, già così vasto, va ancora ingrandito; e in questi ultimi osservazioni di AA. tedeschi e stranieri (che sono ampiamente citati) hanno dimostrato come l'appendicite possa essere causa di nefrite.

L'A. porta un contributo a questo problema, in base alle osservazioni praticate su un grande numero di malati; egli ha potuto osservare che nel 3 % delle affezioni della cistifellea si presentano ematurie microscopiche: in tutti questi casi l'esame più accurato, anche radiologico, del tratto renale non ha messo in evidenza alcuna lesione a carico sia dell'organo che delle vie urinarie, mentre invece l'esame della cistifellea è stato più e più volte positivo per deformazioni, o per calcoli; onde ben a ragione si parla di « pseudo malattie dei reni ».

V. Serra.

CASISTICA.

Ernie interne.

Sono indicate con denominazione impropria ernie interne le incarcerazioni viscerali che si effettuano nelle fossette peritoneali normali o anormali.

A. Folliasson (*Gaz. d. Hôp.*, 2 nov. 1930), in una rivista generale prende in esame le diverse classificazioni di tali ernie interne.

1) *Ernie periduodenali*. Bisogna distinguere se si tratta di ernie a destra o a sinistra. Quelle periduodenali sinistre si possono fare nella fossetta paraduodenale di Lantzert; nella fossetta duodenale superiore (Jonesco), ed infine nella fossetta duodeno-digiunale superiore o mesocolica (Besike). Le periduodenali di destra si sviluppano nella fossetta duodenale inferiore (Jonesco); nella fossetta mesenterico-parietale di Waldeyer; nella fossetta retro-duodenale.

In rapporto al volume, Jonesco distingue tali ernie in piccole, medie, voluminose o complete, allorchè contengono intero o presso a poco tutto l'intestino tenue.

L'A. s'intrattiene sui rapporti che contraggono tali ernie, sul colletto dell'ernia, sulla struttura della saccoccia erniaria e sul suo contenuto.

2) *Ernie pericecali*. Si dividono in ernie della fossetta retro-cecale, della fossetta ileocecale, della fossetta ileo-appendicolare. Anche di queste diverse forme di ernia vien considerato il volume, il sacco, il colletto, la struttura, il contenuto.

3) *Ernie della retrocavità epiploica*. Si nota l'ernia attraverso l'iato di Winslow; tale forma non è accettata da tutti gli AA.; l'ernia attraverso il meso-colon trasverso.

4) *Ernie della fossetta intersigmoidea*.

L. Carusi.

L'ernia inguinale dello stomaco.

N. Novaro (*Arch. Italiano di Chirurgia*, volume XXVII, fasc. IV) riporta un caso di personale osservazione. Trattavasi di un individuo di 55 a. venuto a lui dopo 6 ore circa dallo strozzamento erniario. Era portatore di un'ernia inguino-scrotale con tutti i sintomi locali dello strozzamento e con fenomeni generali limitati a nausea e conati di vomito. Non alterazioni del polso, del tipo di respiro, della trattabilità dell'addome e dell'alvo avendo defecato 3 ore dopo lo strozzamento ed avendo continuato ad emettere gas.

Fatta diagnosi di E. I. scrotale obliqua esterna II, strozzata a contenuto intestinale, il paz. venne operato in narcosi eterea. Fu trovato come contenuto dell'ernia, strozzata in corrispondenza del colletto del sacco, la porzione medio-gastrica dello stomaco, essendosi erniato un segmento della grande curvatura, parte del corpo, un segmento della piccola curvatura.

Riconosciuta l'integrità del viscere erniato, fu ridotto nella cavità addominale, ed eseguita la ricostruzione della parete e la cura dell'ernia secondo il metodo Ferrari. Guarigione per prima.

Il paz. fu visto ancora dall'autore diversi mesi dopo. Stava bene. L'e. radiologico localizzava il limite inf. dello stomaco a 2 dita sotto l'ombellicale trasversa.

L'A. prendendo occasione dal suo caso fa una rivista sintetica sulle ernie inguinali dello stomaco pubblicate dai vari autori. Riporta gli altri 19 casi rintracciati nella letteratura studiandone accuratamente l'etiologia, la patogenesi, l'anat. patologica, la sintomatologia, la diagnosi, il decorso, la prognosi e la cura.

Tratta ancora delle varie complicazioni di queste ernie rare e che sono: strozzamento, stenosi, ostruzione, aderenze, infiammazione.

G. D'Anneo.

Ernia diaframmatica associata ad erosioni gastriche e ulcere.

S. Harrigton (*Surg. Gyn. and Obst.*, ottobre 1930) ricorda come l'estendersi dell'impiego della radiologia ha dimostrato come le ernie diaframmatiche siano meno rare di quanto si credeva in passato. Egli, in 4 anni, ne ha operati 30. Un'altra evenienza per cui l'A. ritiene utile di richiamare l'attenzione è la frequenza di erosioni delle pareti gastriche e vere

ulceri che si riscontra in questi ammalati: infatti su 30, 8 avevano avuto ematemesi e 7 vere ulcere.

Di questi casi 20 riguardavano ernia del solo stomaco, 10 stomaco ed altri organi, come colon, intestino tenue, milza.

Nei primi 20, 18 erano congenite per ernia dello stomaco attraverso all'hiatus esofageo, 2 traumatiche; delle altre 10, 8 traumatiche, due congenite per lacune nel diaframma.

I sintomi più notevoli erano a carico dello stomaco: dolore epigastrico, vomito, ematemesi. Spesso vi è spasmo del diaframma, vi sono sintomi cardiaci (palpitazione, tachicardia), respiratorii (dispnea). Vi sono poi crisi dolorose con l'esacerbarsi di tali sintomi. In tre casi le ematemesi erano così notevoli e frequenti da produrre una grave anemia secondaria.

Per il trattamento operatorio l'A. fa sempre precedere una frenicotomia la quale dà un rilasciamento del diaframma utile nell'intervento stesso e anche nei casi di strozzamento erniario in cui non si possa operare immediatamente per le gravi condizioni dell'infermo. Come anestesia adopera l'etilene per via intratracheale a iperpressione contro il pericolo del pneumotorace operatorio. Come via sceglie sempre l'addominale perchè così evita meglio i pericoli delle lesioni pleurali. In tal modo su 30 casi ha avuto 26 successi completi e 4 morti: per embolia polmonare 1, broncopolmonite 1, embolia cerebrale 1, miocardite 1.

Le massime cure andranno seguìte ai malati nel periodo postoperatorio (camera d'ossigeno, aspirazione dei versamenti pleurici).

V. GHIRON.

Osservazioni su complicazioni del diverticolo di Meckel.

V. Haberer (*Dich. z. Chir.*, 1930) riporta due rari casi di perforazione da ulcera del diverticolo di Meckel. Egli passa in rivista i pochi casi di altri AA. (dimenticando però il caso di Pascale simile in tutto ai suoi), e ricorda come tali ulcere si formano in isolotti di tessuto identico a quello gastrico.

Dei suoi casi nel primo trattavasi di un'ulcera che aveva perforato anche il ceco e che era posta in mezzo ad un conglomerato di anse del tenue aderenti; nel secondo di una perforazione a cui un grosso blocco d'omento aveva riparato in parte e che era stata trattata chirurgicamente prima come appendicite.

Entrambi i casi ebbero un esito favorevole.

V. GHIRON.

Rapporti fra le flogosi dell'appendice e i dolori lombari e sacrali.

Hönck (*Mitt. a. d. Gr. d. Med. u. Chir.*, 1929) ha riscontrato che in molti casi di appendicite esiste un punto doloroso in corr. della V lombare sull'apofisi trasversa. Inoltre spesso dolori irradiati verso il sacro e lungo la colonna lombare sono dovuti ad appendicite. D'altra parte ha trovato vari casi di affezione della colonna lombare (spondilolistesi, spina bifida, osteiti) in cui era dolente la regione ileo-cecale e il colon ascendente. L'A. ritiene che questi rapporti esistenti fra le due strutture siano sostenute dal simpatico di cui il plesso periarterioso addominale nei quadranti inferiori, è tributario del tronco del simpatico lombare.

V. GHIRON.

TERAPIA.

Lo jodoformio nella tubercolosi.

W. Francken (*Rev. méd. de la Suisse romande*, 25 agosto 1930) consiglia nella tubercolosi intestinale la seguente miscela: Jodoformio g. 2; Vaselina bianca g. 100. Se ne dà un cucchiaino da caffè al giorno, mescolato con della marmellata. Non bisogna dire al malato che si tratta di una « pasta »; il rimedio, se non entrano elementi suggestivi, viene introdotto con facilità; esso è stato molto utile in casi nei quali il bismuto ed il *bolus alba* erano rimasti senza effetto.

Nella cistite tubercolare (ed anche nell'empiema fistolizzato) l'A. ha usato la formula seguente: Jodoformio g. 2; Gomenol g. 20; Olio di paraffina g. 200. Si fanno instillazioni di 10-40 cmc., che sono bene tollerate e rimangono anche per 8 giorni in vescica (il malato emette soltanto urina e non il rimedio).

fil.

L'ergosterol irradiato e la calcificazione delle lesioni tubercolari.

In uno studio sperimentale sull'argomento, C. Levaditi e Li Yuan Po (*Presse méd.*, 17 dicembre 1930) arrivano alle seguenti conclusioni:

L'ergosterol irradiato, somministrato ad animali (conigli) con lesioni tubercolari ad evoluzione lenta e con tendenza verso la guarigione, aumenta, in proporzioni notevoli, la calcificazione di tali lesioni.

La calcificazione dei tubercoli è il risultato di un cambiamento nel metabolismo calcico, che ha sede nel citoplasma degli elementi cellulari bacilliferi, che entrano nella costituzione dei tubercoli evolutivi: monociti, cellule epiteliali e cellule giganti.

I depositi di calcio nei focolai tubercolari necrosati e caseificati risultano dalla confluenza delle concrezioni calcaree endocellulari. Ne risulta la formazione di veri gusci minerali, che contengono un tessuto in necrobiosi e dei bacilli di Koch, generalmente deformati e mal colorati.

E' verisimile che la formazione di tali gusci calcarei ostacoli la propagazione dell'infezione bacillare ai tessuti circostanti. *fil.*

L'olio di fegato di merluzzo ed il succo di pomodoro nella tubercolosi intestinale.

Mac Conkey (*Amer. rev. of tuberc.*, 1930, n. 5), riporta i risultati ottenuti su 50 malati, in cui la somministrazione dell'olio di fegato di merluzzo, da sola, non aveva trovato favore, mentre risultò gradita con l'aggiunta, dapprima di succo d'arancio e poi, per considerazioni economiche, di succo di pomodoro.

L'A. è ricorso anche all'uso della colesterina irradiata, all'olio di fegato di merluzzo concentrato, ai lieviti irradiati associati o non al succo di arancio. Ma non ha ottenuto risultati migliori e non ha veduto che tali preparati fossero meglio tollerati.

Per la preparazione, si mescolano 90 gr. di succo di pomodoro con circa 15 di olio di fegato di merluzzo e si dà la miscela in ghiaccio, alla fine dei pasti.

Tale trattamento è soprattutto applicabile dopo una cura di irradiazioni con raggi ultravioletti, negli individui che non possono continuare tale cura. In alcuni casi, si potrà così prevenire lo sviluppo della tubercolosi intestinale, specialmente nei tubercolosi polmonari, in cui si sospetti che essa possa manifestarsi. *fil.*

Cura ambulatoria di pneumotorace nella tubercolosi di un polmone.

L. Kogan (*Zeitschr. f. Tuberkulose*, n. 3, 1930) osserva che i risultati del pneumotorace eseguito ambulatoriamente nella tubercolosi unilaterale non sono cattivi. Vennero trattati e seguiti 33 casi, di cui 20 curati ambulatoriamente fin dal principio, mentre altri 13 avevano già fatto cure sanatoriali. La più frequente complicazione è stata l'essudato, comparso nel 60 % dei casi. In due casi lieve enfisema sottocutaneo, in un caso è stato punto un grosso vaso. In tutti i casi esistevano aderenze, nel 60 % dei casi, notevoli. *fil.*

Una tecnica semplificata dell'apicolisi.

L. Bérard, F. Bérard, R. Dénis (*Presse Médicale*, 5 novembre 1930), avendo avuto occasione di praticare un numero considerevole di apicolisi con piombaggio paraffinato come metodo di collassoterapia pulmonare, si schierano decisamente a favore della via anteriore per aggredire il polmone.

L'operazione comporta:

1) un'incisione di 6 cm. nel primo spazio intercostale;

2) dissociazione per via successa del grande pettorale e delle fibre degli intercostali;

3) scollamento della pleura col dito introdotto nello spazio intercostale;

4) piombaggio del cavo con sostanza paraffinata introdotta mediante siringa speciale a forte pressione e sutura della breccia.

Gli AA. trovano la via anteriore molto più semplice, facile, con minimo shok tanto che nella stessa seduta possono praticare la frenicectomia dello stesso lato. Tale tecnica non dà mai luogo ad alcun serio incidente quando si tratti d'una lesione apicale con pachipleurite adesiva sufficientemente spessa.

Solo nelle donne e negli adolescenti potrebbe essere necessario resecare un tratto della 1ª e 2ª costola quando non si riesca a penetrare col dito nello spazio intercostale; ciò del resto per gli AA. sarebbe piuttosto raro.

Bucci.

Pleurotomia, vaccino antitubercolare ed oleotorace in pleurite fistolizzata.

In una pleurite purulenta tbc. (Pruvost e Quénu, *Archives méd. chirurg. de l'appareil respirat.*, vol. IV, n. 2) non bisogna abbandonarsi al pessimismo: nè bisogna abbandonare il tentativo di evacuare il liquido ripetutamente, anche lungo tempo, con o senza iniezioni modificatrici, secondo le indicazioni del Sergent e Turpin. Il caso descritto dagli AA. è istruttivo, perchè indica che si può ricorrere ad una pleurotomia senza drenaggio a condizioni di associarla ad un medicamento attivo. In questo modo il caso degli AA. è stato trasformato da pleurite tbc. aperta in chiusa. Si trattava di un tbc. quindicenne con una pleurite totale; nel biennio successivo compare con febbre e peggioramento dello stato generale, pus bacillifero nella cavità pleurica destra. Praticate delle toracentesi ripetute non si tolgono che 2-300 cc. di pus, malgrado la insufflazione di aria e l'iniezione di olio gomenolato. Si forma una fistola pleurica ed in tali condizioni viene operato con evacuazione di tre litri circa di pus, con escissione delle pareti della fistola e chiusura della parete senza drenaggio. Quasi subito gli AA. procedono al blocco della pleura con l'iniezione di olio gomenolato ed aria: a distanza di giorni l'una dall'altra nuove iniezioni di olio ed estrazione di aria. Malgrado il miglioramento dello stato generale, quattro mesi dopo si riapre la fistola. Si interviene di nuovo chirurgicamente evacuando l'olio ed irrigando al Dakin: il pus non contiene più bacilli, la febbre cade: con un terzo intervento si escide la parete fistolosa e si chiude la parete: dopo circa due mesi di apiressia compare febbre ed una tumefazione locale toracica grande quanto un pugno.

Non potendo intervenire chirurgicamente si tenta un vaccino antitubercolare. La tumefazione scompare e le condizioni generali migliorano progressivamente ed insistendo nella vaccinoterapia è scongiurata una nuova fistolizzazione.

Monteleone.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Cura dell'acne volgare. — Al dott. I. D. B., da L.:

La cura dell'acne volgare mira a rimuovere le condizioni locali che ne favoriscono lo sviluppo (seborrea, comedoni) e le cause generali a cui l'affezione è più o meno legata: anemia, stitichezza, disfunzioni genitali (onanismo, dismenorrea), disendocrinie in genere.

Il trattamento locale, in cui bisogna tener conto della facile irritabilità cutanea di molti fra questi soggetti, consiste in saponate calde, preferibilmente con i saponi così detti ipergrassi, e lozioni di solfo fra cui la più nota è quella solfo-canforata o acqua del Kummerfeld.

Le forme ribelli vanno trattate più energicamente con paste esfogliative: la così detta cura desquamativa dei tedeschi (solfo 10-15 per cento, acido salicilico 5 per cento, resorcina 2 o 3 per cento), la quale si addice specialmente alle varietà di acne necrotica o varioliforme ed all'acne volgare del dorso e del petto.

Sembra che la doccia filiforme sia essa pure utile contro la seborrea e l'acne in genere.

Ai malati si prescriverà una dieta priva di bevande alcooliche, di alimenti forti, piccanti, di droghe e la masticazione accurata dei cibi. A seconda dei casi si consiglierà ai soggetti anemici, ipertiroidei, alle giovani dismenorroiche, preparati surrenali, ovarici, ecc.; ai soggetti ipotiroidei i preparati di tiroide, pluriglandolari e simili.

V. MONTESANO.

VARIA.

La febbre palustre nella poesia.

Con questo titolo la *Rivista di Malariologia* pubblica un lavoro della signora Anna Celli-Fraentzel, lavoro nel quale la vedova del compianto insigne igienista dell'Ateneo romano passa in rassegna i poeti che dall'antica Roma all'epoca moderna, da Virgilio a D'Annunzio, accennarono nei loro canti alla malaria della nostra penisola.

Sembra quasi impossibile che l'autrice sia riuscita a trarre, dalla letteratura poetica, una così copiosa messe di dati relativi alla malaria. La letteratura — che è uno specchio della vita — ci fornisce per tal modo una vera documentazione storica, sotto molti riguardi preziosa, sulle vicende millenarie della malaria.

La pubblicazione ci sembra tanto più ammirevole, in quanto la Celli — straniera di nascita, italiana di elezione — dimostra di avere assimilato tutta la nostra coltura; di conoscere alla perfezione i classici latini e gli scrittori italiani posteriori, fino ai nostri giorni, nonchè gli scrittori stranieri che hanno soggiornato in Italia.

***

Ci limitiamo a riportarne qualche cenno.

Che la malaria infestasse l'Italia fin dall'epoca repubblicana non è dubbio. Se ne hanno chiari indici nelle commedie di Plauto (184 a. C.) e nei versi di Terenzio (194-159 a. C.).

Orazio (65-8 a. C.) ne parla più volte nelle odi e nelle *Satire* nomina esplicitamente la quartana.

Virgilio nel libro III dell'*Eneide* accenna alla desolazione prodotta dalla malaria.

In Marziale e Giovenale si trovano vari passi che si riferiscono alla « Febbre ».

Quantunque non manchino le testimonianze che comprovino come al principio dell'Evo medio la malaria infierisse sempre più terribile nelle pianure italiche e battesse minacciosa alle porte di Roma decadente, tuttavia gli accenni poetici tacevano del tutto.

Solo Claudiano verso il 400, dopo aver cantato le lodi della Sardegna, aggiunge che era infamata da un ospite pernicioso che la rendeva insalubre.

Verso il 1000 la letteratura poetica sulla malaria riprende.

S. Pier Damiano (988-1072), nominato vescovo di Ostia, rifiuta di abbandonare l'eremo di Fonte Avellana. Nel *Tetrasticon* diretto a Papa Nicola II spiega questo suo rifiuto con la paura delle febbri.

La malaria diventa la malattia caratteristica di Roma.

Godifredo di Viterbo (1191) canta come la malattia romana colpisse tutto l'esercito dell'imperatore dopo la caduta di Roma e « se ne tornò pietosamente nella base ».

Dante, la cui vita fu troncata da una perniciosa, accenna alla malaria con versi mirabili:

volti lividi e confusi
perchè l'aere e la Chiana li inimica

. . . . . sbadigliava
Pur come sonno o l'assalisse febbre . . .

Qual'è colui c'ha sì presso il ribrezzo
Della quartana, c'ha già l'ugne smorte
E triema tutto, pur guardando il rezzo;
Tal divenn'io . . . . . .

Siena mi fè, disfecemi Maremma

Qual dolor fora, se degli spedali
Di Valdichiana tra 'l luglio e 'l settembre,
E di Maremma e di Sardigna i mali
Fossero in una fossa tutti insembre,
Tal era quivi . . . . .

Nelle poesie di Petrarca non si trovano cenni alla malaria. Tuttavia il poeta di Laura si

occupò di essa, non solo perchè fu vittima per parecchi anni di una terzana ostinata, ma anche perchè, onde persuadere i papi a ritornare da Avignone a Roma, tra gli altri argomenti avanzò quello che la malaria infieriva intorno a Roma perchè questa era stata abbandonata dalla Chiesa.

Durante il Rinascimento la malaria è attenuata, ma continua la sua opera desolatrice, e concorre inesorabilmente alla mortalità degli eserciti che fecero dell'Italia il loro campo di battaglia preferito.

Roma rimane la città isolata dal resto del mondo da una zona pestifera: un'oasi di civiltà che può essere raggiunta solo attraversando campagne desolate, micidiali.

Quasi tutti i poeti che hanno visitato la città eterna dal 700 in poi hanno tracciato nei loro versi lo squallore prodotto dalla malaria.

Vittorio Alfieri una sera del dicembre 1783 alloggia a Baccano e vi scrive la quartina:

Vuota, insalubre region, che Stato
Ti vai nomando, aridi campi incolti,
Squallidi, oppressi, stenüati volti,
Di popol rio, codardo e insanguinato.

Goethe, inspirandosi alle pagine di Plutarco sulla bonifica delle Paludi Pontine progettata da Cesare ed invano voluta dal suo eroe Napoleone, fa sognare a Faust la redenzione delle terre da ogni pestilenza.

Shelley ha dipinto il litorale tirreno devastato dalla malaria in *Marenghi.*

Non mancano richiami alla malaria in altri scrittori stranieri, che hanno visitato il nostro Paese.

La redenzione dell'Italia dalla malaria inspirò versi accorati ad Aleardo Aleardi, a Giulio Orsini.

Cesare Pascarella ha dato una descrizione impressionante del quadro clinico della malaria:

E lì (a Ninfa) me prese na sbadijarella
Come fanno le febbre paludina
e doppo, quela bboja tremarella,
che a le mane te fà l'ogna turchina!...
La capoccia me dava in ciampanella
Co' 'na smania e 'n'arzura malandrina,
E me trovai squajato dar sudore
Fra lo strano piacere de 'n languore.

Non meno impressionanti sono le visioni poetiche di Augusto Sindici, Augusto Jandolo e Ada Negri.

Veramente scultorî sono i versi di Giosuè Carducci:

. . . . . Febbre, io qui t'invoco,
nume presente.

Se ti fùr cari i grandi occhi piangenti
e de le madri protese braccia
te deprecanti, o dea, dal reclinato
capo de' figli:

se ti fu cara sul Palazio eccelso
l'ara vetusta (ancor lambiva il Tebro
l'evandrio colle, e veleggiando a sera
tra 'l Campidoglio

e l'Aventino il reduce quirite
guardava in alto la città quadrata
dal sole arrisa, e mormorava un lento
saturnio carme);

Febbre, m'ascolta. Gli uomini novelli
quinci respingi e lor picciole cose:
religïoso è questo orror: la dea
Roma qui dorme.

Con la maggiore efficacia realistica Gabriele D'Annunzio ha rappresentanta la selvaggia bellezza dei paesi malarici nelle *Laudi,* nel *Canto nuovo,* nel *Primo Vere,* nelle *Elegie romane.*

La rassegna poetica termina con l'esaltazione di Angelo Celli che fu tra gli apostoli più ferventi e più costanti della redenzione dell'Italia dal terribile flagello.

L'opera additata da tanti scienziati, invocata da tutto un popolo, si va avviando verso la soluzione integrale.

Possa ben presto la malaria costituire un ricordo, e costituire argomento di poesia solo per cantare le trascorse sofferenze della tormentata gente italica e la gloria dei liberatori.

argo.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

CONTROVERSIE GIURIDICHE

IV. - Notevole decisione del Consiglio di Stato circa le preferenze nei concorsi.

Le preferenze, agli effetti della nomina agli impieghi pubblici, non sono ben regolate nè per l'ordine di graduazione nè per la efficacia. Risultano da disposizioni diverse e frammentarie.

Sono necessarie norme legislative di coordinamento.

L'interpetre può attenuare le difficoltà, ma deve applicare la legge, quale è.

Sono note le controversie che si sono svolte relativamente alle preferenze stabilite dal R. D. 30 settembre 1922 n. 1290 a favore del personale dello Stato, estese agli impiegati degli enti locali dal R. D. 24 settembre 1923 n. 2073.

Più gravi quistioni si sono presentate per l'applicazione della legge 6 giugno 1929 numero 1024.

« *A parità di merito*, gli *impiegati* e *salariati* coniugati con prole devono essere sempre preferiti a quelli coniugati senza prole e questi ultimi a quelli non coniugati. *Ogni disposizione contraria è abrogata* ».

a) Prima quistione: sono preferiti gli impiegati e salariati; ma i concorrenti e, in genere, gli aspiranti alla nomina non sono impiegati; dunque, la legge non si applica nei concorsi ma regola soltanto la condizione successiva alla costituzione del rapporto d'impiego.

Abbiamo già spiegato l'errore di questa tesi che trae argomento da una espressione letterale imperfetta, e non considera il vero contenuto della disposizione, risultante anche dal coordinamento di essa con altre norme della legge del 1929.

La quistione è stata ora risoluta dalla V Sezione del Consiglio di Stato con decisione 17 gennaio 1931 n. 33, ric. Varia, nel senso della applicabilità anche ai concorsi. « In proposito nota il Collegio che la legge parla bensì di impiegati e salariati, ma tale espressione generale, ampiamente comprensiva, viene usata per indicare, attraverso la persona dei titolari, il rapporto di pubblico impiego, il quale il legislatore vuole, nella sua intenzione, dominato dalla legge sull'incremento demografico. Tale intenzione trova conferma nella relazione del Capo del Governo ai due rami del Parlamento, dove è espressamente detto che la preferenza si attua non soltanto al momento di costituzione del rapporto di impiego, ma in tutto l'ulteriore sviluppo del rapporto stesso ».

Questa risoluzione si può considerare definitiva.

b) Seconda quistione: il titolo di preferenza attribuito dalla legge 1929 prevale ad ogni altra causa di preferenza, risultante da norme di legge e di regolamento?

Questo è il dissenso più delicato.

Dispone l'art. 9 del R. D. 30 settembre 1922 n. 1290, esteso agli impiegati degli enti locali: « A parità di merito sono preferiti nell'ordine seguente: *a*) gli invalidi di guerra; *b*) i feriti in combattimento; *c*) gli orfani di guerra ed i figli degli invalidi di guerra; *d*) le vedove di guerra; *e*) gli insigniti di medaglia al valor militare o di altra attestazione speciale di merito di guerra; *f*) coloro che abbiano prestato servizio militare come combattenti; *g*) coloro che abbiano prestato lodevole servizio, a qualunque titolo, per non meno di un anno, nell'amministrazione presso cui è indetto il concorso; *h*) i più anziani di età ».

Altri titoli di preferenza possono risultare anche da regolamenti locali e da provvedimenti amministrativi. Fermiamoci a quelli previsti dalla legge 1922.

Pongasi che, a parità di merito, due concorrenti siano portatori di un titolo di preferenza: l'uno, per il citato art. 9 che comprende, come si è visto, varie cause, dalla invalidità di guerra all'anzianità di età; l'altro, per la legge 1929 sull'incremento demografico. Chi prevale? Noi riteniamo che sia efficace la seconda preferenza, perchè l'art. 1 della legge dispone che « *a parità di merito* gli impiegati e salariati coniugati con prole devono essere *sempre* preferiti a quelli coniugati senza prole ecc. » e soggiunge che « ogni disposizione contraria è abrogata ».

È, quindi, prevista una condizione di uguaglianza *per merito* ed è stabilito che tale situazione è modificata da una data causa di preferenza, la quale è efficace sempre, cioè in ogni caso. Qualsiasi norma anteriore che attribuisca un diverso titolo di preferenza non è abrogata, in *senso assoluto*, perchè conserva il vigore che essa ha, ma subisce una limitazione di efficacia; determinandosi in concreto un conflitto tra l'una e l'altra disposizione, prevale quella che, per dichiarazione espressa, deve avere efficacia sempre, in ogni caso, malgrado qualsiasi diversa contraria disposizione.

La V Sezione del Consiglio di Stato, con la citata decisione 17 gennaio 1931 n. 33, ha

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, cons. legale del nostro periodico.

invece ritenuto che sia efficace il titolo di preferenza previsto dalla legge del 1929 *soltanto* nel caso in cui si verifichi una *condizione giuridica di uguaglianza per qualsiasi altro titolo* e non per solo merito: coeteris paribus. Così, per esempio, fra due concorrenti che abbiano merito uguale e identico titolo di preferenza, prevale quello che è coniugato, con prole ecc. In altri termini, la V Sezione sostituisce alla condizione di uguaglianza per merito, esplicitamente richiesta dalla legge, la parità di condizione giuridica per qualsiasi titolo.

Così la legge non è interpetrata, ma è modificata. Comprendiamo la preoccupazione del Consiglio di Stato: si può ritenere, per ipotesi, eccessivo che la condizione di ammogliato prevalga a quella di ferito in combattimento o di decorato per benemerenze militari. Ma da questo e da altri inconvenienti può risultare la opportunità di un provvedimento legislativo che stabilisca una graduatoria delle cause di preferenza e non è certamente legittimata una interpetrazione contraria al testo della legge.

La espressione « parità di merito » ha un significato preciso, che risulta anche dall'uso legislativo: vuol designare uguaglianza delle condizioni di *idoneità specifica* in relazione all'oggetto del concorso. In questo senso la stessa espressione è usata anche dall'art. 9 del R. D. 30 settembre 1922. Non si può ritenere che questo si riferisca, esattamente, alla uguaglianza del merito e la legge 6 giugno 1929, usando *identica* espressione, richieda invece la uguaglianza di ogni altra condizione giuridica. Identico è il significato delle parole nell'uno e nell'altro caso.

Se si dovesse ammettere che anche dall'art. 9 è richiesta la condizione di uguaglianza per qualsiasi titolo e non soltanto per merito, l'applicazione di esso sarebbe grandemente minorata e non si saprebbe come risolvere il conflitto tra il decreto del '22 e la legge del 1929, se non ammettendo l'efficacia prevalente delle norme posteriori.

Ma la disposizione è chiara nell'uno e nell'altro caso: parità di merito e non parità di qualsiasi altra condizione giuridica.

La interpretazione accolta dal Consiglio di Stato condurrebbe ad una conseguenza assurda: la inapplicabilità della disposizione concernente le preferenze stabilite dalla legge 1929.

Eccone la dimostrazione.

Coeteris paribus, dice la V Sezione del Consiglio di Stato; cioè condizione giuridica di uguaglianza non modificata da qualsiasi causa di preferenza. *Soltanto* in tal caso sarebbe applicabile la legge 6 giugno 1929. E, precisando questo concetto, la V Sezione si riferisce esplicitamente alle preferenze previste dall'art. 9. Come si è detto, sono anche idonee a modificare la condizione di uguaglianza tutte le altre preferenze che possono essere stabilite dai capitolati e dagli avvisi di concorso. Ma fermiamoci a quelle risultanti dall'art. 9. A parità di merito, sono preferiti, sia pure in ordine inferiore, *i più anziani di età*. Questa preferenza risulta dall'art. 9 e, quindi prevale, secondo la tesi del Consiglio di Stato, a quella stabilita dalla legge 6 giugno 1929. Perchè questa si applichi, occorre che i due concorrenti siano anche di età uguale.

Se il concorrente portatore della preferenza 1929 sia in condizioni di uguaglianza per ogni altro titolo e più anziano di età, quella preferenza *è inutile* per lui, perchè egli ne ha un'altra, cioè *l'anzianità*.

Se, invece, è meno anziano, la preferenza non può avere efficacia perchè non si verifica la condizione di uguaglianza, avendo l'altro concorrente un titolo di preferenza *per anzianità*.

La disposizione dell'art. 1 della legge 1929 non avrebbe quindi efficacia concreta!

Ha detto il Consiglio di Stato che questa legge, tanto tormentata, non ha abrogato nè espressamente nè tacitamente le norme anteriori e particolarmente quelle dell'art. 9 del R. D. 1922. Ciò è in parte esatto. Ma è da chiarire che qui non si tratta di abrogazione assoluta: le precedenti disposizioni, comunque concernenti cause di preferenze, per altro titolo giuridico diverso da quello risultante dalle condizioni di famiglia, conservano la loro efficacia, la quale è però limitata da una disposizione posteriore che si applica in ogni caso, subordinatamente alla condizione della *parità del merito*, e paralizza la efficacia di qualsiasi altra disposizione che possa agire in senso diverso o contrario.

È da ritenere che la seconda risoluzione del Consiglio di Stato non sia definitiva, e che la quistione sarà riesaminata. In ogni caso, è da augurare che, in materia così delicata, dalla quale dipendono tanti interessi pubblici e privati, una disposizione legislativa stabilisca con organicità la graduatoria delle cause di preferenza e la efficacia di esse in rapporto al *potere di scelta*. Anche da questo punto di vista è necessario riflettere. Il Consiglio di Stato ritiene che rimanga integro il potere di libera scelta, senza nemmeno obbligo di motivazione. Così almeno è detto nella decisione 17 gennaio 1931 n. 33. Non è il caso di esaminare ora tale quistione, molto controversa. Noi riteniamo che il potere di scelta non sia annullato dalla preferenza, ma sia limitato: l'amministrazione deve tenerne conto; può determinarsi diversamente, ma per motivi concreti espressamente dichiarati e legittimi.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

PROBLEMI CULTURALI.

Le esperienze "in vivo".

La Facoltà di Medicina e Chirurgia di Palermo, in un'adunanza presieduta dal prof. Luigi Manfredi, ha preso in esame il disegno di legge n. 607 sulla cosidetta « vivisezione ».

In una lunga e motivata deliberazione, la Facoltà mette in rilievo il danno e gli inconvenienti che derivano alla pratica applicazione della legge dal non essersi in questa definita e limitata la « vivisezione »; cosicchè propone che la prima parte dell'art. 1 sia così modificata: « La vivisezione (vale a dire le gravi operazioni eseguite su organi interni di animali viventi) è vietata sugli animali vertebrati a sangue caldo, quando non abbia lo scopo di promuovere, ecc. ». Propone che non si accenni in questo articolo soltanto al progresso della fisiologia e terapia, ma — in generale — « al progresso delle scienze biologiche e delle discipline mediche »; e che l'autorizzazione a servirsi della vivisezione sia estesa anche a coloro (laureandi, interni, ecc.) che agiscono sotto la diretta sorveglianza e responsabilità degli autorizzati per legge.

La Facoltà fa voti perchè sia semplificato il lavorìo burocratico imposto agli Istituti dall'articolo 4 (registro, moduli, elenchi trimestrali) e propone che il controllo delle eventuali trasgressioni sia affidato al rettore (che lo eserciterebbe per mezzo di persone competenti di sua fiducia) ovvero — per gli istituti non universitari — a controllori competenti nominati dal Prefetto. Propone infine che l'intero importo delle ammende costituisca un fondo destinato ad acquisto di apparecchi per proiezione che sostituiscano — quando sia possibile — la vivisezione a scopo didattico.

Dopo aver fatto appello alle Autorità ed agli alti Istituti di Cultura, perchè vogliano prendere in considerazione le proposte suesposte, la Facoltà conclude segnalando l'inopportunità e l'errore della lotta alla vivisezione, fatta da incompetenti.

Il problema era stato preso in esame anche dalle Facoltà di Firenze, di Milano e di Padova.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BENEVENTO. *Ospedali Civili Riuniti.* — Direttore chirurgo; L. 15.000; scad. 17 aprile; età lim. 45 a.; quinquennio di aiutato in R. Clinica o di capo reparto in pubblico Istituto ospedaliero. Rivolgersi alla Segreteria.

BORGONOVO VAL TIDONE (*Piacenza*). — 1° Reparto; scad. ore 17 del 28 feb.; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dall'11 gen.; L. 9500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1470 indennità integrazione; per trasporto L. 3000 oltre assegno revidibile di L. 1200; deduzione 12 %.

BRESCIA. *Amministrazione Provinc.* — Medico aiuto presso l'Ospedale Psichiatrico Provinciale; L. 12.000 oltre L. 3500 serv. att. e c.v., dedotti del 12 %; alloggio. Scad. ore 16 del 28 febbr. Tassa L. 25 all'Economato Provinciale (Palazzo Broletto). Chiedere ann. al Segretario.

CANNETO PAVESE (*Pavia*). — Scad. 28 feb.; lire 11.176 e 5 quadrienni dec.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

CARRO (*La Spezia*). — Scad. 31 mar.; L. 6636 oltre L. 1232 trasp., L. 440 uff. san.; 10 bienni ventesimo; età lim. 25-38 a.

CATANIA. *R. Prefettura.* — Ufficiali san. per tre comuni (Motta S. Anastasio, S. Michele di Ganzeria e Castiglione di Sicilia); L. 6000 (per i primi due) e L. 7000, oltre 4 quinquenni dec.; scad. 20 mar.

CESSOLE (*Alessandria*). — Scad. 15 mar.; L. 7000 oltre L. 500 uff. san.; riduz. 12 %.

COMO. *R. Prefettura.* — Uff. san. medico-capo del capoluogo; a tutto 31 mar.; L. 17.000 e 3 trienni dec., oltre L. 2500 indennità di grado, L. 1000 serv. att., L. 780 assegno integrativo, compartecipazione 75 %; divieto libero eserc.; età lim. 45 a.; tassa L. 50,20 alla Tesoreria Com.; doc. a 3 mesi dal 15 gen.

CORENO AUSONIO (*Frosinone*). — Scad. 15 feb.: L. 10.500 oltre L. 500 uff. san.; 5 quadrienni dec.; riduz. 12 %; tassa L. 50.

GENOVA. *Spedali Civili.* — Primario medico, primario in pediatria chirurgica, primario in dermosifilopatia e primario in oculistica; stip. L. 5700; scad. 2 marzo. Vice-primario chirurgo, vice-primario medico e vice-primario in pediatria medica; stip. L. 4750; scad. 5 mar. Due assistenti medici ed un assistente ostetrico ginecologo; stip. L. 4275; scad. 20 febbr. Diminuzioni di legge sugli stipendi. Tassa L. 50. Chiedere i relativi bandi di concorso.

GIAVE (*Sassari*). — Condotta poveri. Stipendio annuo L. 8360. Assegno Ufficiale Sanitario L. 704. Assegno tenuta armadio farmaceutico L. 704, un tutto lordo. Quattro aumenti quadriennali di un decimo. Domanda e documenti debbono pervenire al Comune entro il 28 febbraio.

IVREA (*Aosta*). *Ospedale Civile.* — Assistente interno della sez. med. con incarico di assistente di radiologia; scad. 17 febb.; età mass. 30 a.; doc. a 3 mesi dal 17 gen.; L. 3080 e percentuali, alloggio, vitto; tassa L. 50,10.

LENTINI (*Siracusa*). *Ospedale Civile.* — Medico chirurgo; scad. 28 febbr.

LUGO (*Ravenna*). — Scad. 10 apr.; L. 7260 e 10 bienni ventes., oltre indenn. c.-v. ridotta, L. 2200 trasp.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

MACERATA. *R. Prefettura.* — Uff. san. del capoluogo; L. 11.500 oltre L. 2800 serv. att., eventualmente c.-v., assegno annuo competenze varie L. 2500, 5 quadrienni dec., decurtam. 12 % di legge. Scad. 28 marzo.

MILANO. *R. Prefettura.* — Ufficiale Sanitario del comune di Milano. (Vedere al precedente N. 5).

Milano. *Commissione amministratrice degli Ospedali Fatebenefratelli e Ciceri detto Fatebenesorelle.* — Dirigente la Sezione Radiologica ed Elettroterapica dell'Ospedale Ciceri; L. 7500 ridotte del 12 %, partecipaz. Età lim. 45 a. Scad. ore 15 del 7 apr. Chiedere annunzio. Rivolgersi all'Ufficio di Protocollo della Presidenza (via Fatebenefratelli, Milano).

Mottalciata (*Vercelli*). — La scadenza del concorso (vedi N. 2 e 3) già fissata pel 31 gennaio è stata prorogata al 28 febbraio.

Oristano. *Ospedale Civile.* — Primario medico e assistente chirurgo; rispettiv. L. 12.000 e lire 9000; età lim. 36 a.; scad. 15 marzo. Chied. annunzio. Rivolgersi Congregaz. di Carità.

Ortezzano (*Ascoli Pic.*). — Scad. 5 mar.; lire 7655 e 5 quadrienni dec. oltre L. 440 indenn. laurea, L. 440 uff. san., L. 500 arm. farm.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

Oschiri (*Sassari*). — Scad. 28 feb.; 2ª cond.: L. 9500 e 5 quadrienni dec. oltre L. 2500 cavalc., riduz. 12 %.

Perugia. *Amministrazione Provinciale.* — Assistente della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di igiene e profilassi. Per titoli ed esami. Per essere ammessi al concorso, gli aspiranti dovranno far pervenire, non più tardi delle ore diciotto del giorno 30 aprile, oltre la domanda in carta bollata di lire tre, i documenti di rito, debitamente bollati e legalizzati, la laurea in medicina e chirurgia e la quietanza della tassa di L. 50, da pagarsi al Cassiere provinciale (Monte dei Paschi di Siena - Succursale di Perugia).

Stipendio annuo lordo di L. 10.000, aumentabile a L. 15.000, mediante 5 scatti quadriennali di L. 1000 ognuno, e l'annua indennità di servizio attivo di L. 2800 lorde. Indennità di caro-viveri in vigore e fin quando saranno mantenute.

Gli indicati stipendio ed indennità saranno ridotti nella misura del 12 %, giusta il R. D. L. 20 novembre 1930, N. 1491. Per altre notizie e per avere copia integrale dell'avviso di concorso, rivolgersi alla Segreteria Generale della Provincia.

Perugia, 28 gennaio 1931-IX.

Roma. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti.* — Concorso a 14 aiuti medici; due anni di assistentato negli Ospedali Riuniti di Roma e conseguita idoneità; età lim. 35 a. al 21 gen.; tassa L. 50; stip. L. 7300 ridotte del 12 % e c.-v. Scad. ore 16 del 28 febbr.

Rotondella (*Matera*). — Per titoli, condotta per i poveri. Stipendio iniziale L. 7000, al lordo delle ritenute, suscettibile degli aumenti di carriera previsti dal Regolamento Sanitario. Età massima anni 40, salvo eccezioni di legge. La domanda, documenti di rito e quietanza della tassa di L. 50, debbono pervenire alla Segreteria Comunale entro il 1° marzo 1931.

S. Croce di Magliano (*Campobasso*). — A tutto 15 febbr.; L. 5016 e 3 quinquenni dec.; età lim. 45 a.; tassa L. 50,15; doc. a 3 mesi dal 15 feb.

Sulmona. *Ospedale Civile.* — Medico primario; a tutto 28 feb.; L. 3200, oltre indennità di carica di L. 3500 come direttore e indennità alloggio di L. 3500; riduz. 12 %; percentuali; età lim. 40 a. Chiedere avviso. Rivolgersi all'Amministraz. della Casa Santa dell'Annunziata.

Triora (*Imperia*). — Per titoli. Stipendio lordo L. 9000 per numero 500 poveri, coll'addizionale di L. 5 per ogni povero in più, oltre all'indennità di L. 500 per Ufficiale Sanitario, di L. 500 per servizio ostetrico fino a che non si sarà provveduto con la Levatrice condotta, più L. 2500 per indennità di cavalcatura. Gli assegni sono soggetti alle riduzioni di cui le vigenti leggi. Cinque aumenti quadriennali di un decimo dello stipendio. La domanda e i documenti, il cui elenco e altre formalità si potranno desumere dal bando di concorso da richiedersi alla Segreteria, dovranno pervenire all'Ufficio Comunale di Triora, entro il 28 febbraio.

Valeggio Lomellina (*Pavia*). — Scad. 25 feb.; L. 10.000 e 5 quadrienni dec.; riduz. 12 %; c.-v.; per uff. san. L. 300.

Villanova Solaro (*Cuneo*). — Scad. 15 feb.: L. 8000 oltre L. 1000 trasp., ridotti del 12 %; età lim. 40 a.

Borse di studio.

Borsa di Studio Wassermann.

È aperto il concorso per una borsa di studio di L. 5000 da assegnarsi ad una dottoressa italiana, laureata in medicina e chirurgia, che intenda compiere un anno consecutivo di studi di perfezionamento presso una Università od Istituto Superiore del Regno.

Le domande in carta libera dovranno essere indirizzate alla presidente dell'Associazione Nazionale Italiana Dottoresse in Medicina e Chirurgia (dott.ssa prof. Myra Carcupino Ferrari - Salsomaggiore - Parma) non più tardi del 28 febbraio.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il sen. prof. Giovanni Pascale è nominato preside della Facoltà medico-chirurgica della R. Università di Napoli. È anche confermato componente il Consiglio Superiore della Pubblica Istruzione.

Il dott. Giuseppe Ajello di Milano, lib. doc. di Medicina del lavoro, ha di recente conseguito la libera docenza in Patologia medica. Rallegramenti vivissimi.

L'assemblea della Società Polacca Otorinolaringologica, in occasione del decimo anniversario della sua fondazione, il 7 dicembre 1930, ha eletto come socio onorario il prof. Guglielmo Bilancioni.

Il dott. Eduardo L. Lanari è nominato professore di elettrologia e radiologia presso la Facoltà di scienze mediche di Buenos Aires, in sostituzione del compianto prof. Alfredo Bartolomeo Lanari (della cui perdita demmo notizia lo scorso anno).

All'Università di Gratz per sostituire il prof. Hamburger, chiamato a Vienna per coprire la cattedra già occupata dal prof. von Pirquet, la congrega accademica ha formato la lista: 1° proff. Birk di Tubinga e Freudenberg di Marburgo alla pari, 2° von Reuss di Vienna, 3° Duken di Jena; la scelta del governo è caduta sul prof. Reuss.

Il dott. cav. uff. Vittorio Calò di Roma, con recente decreto è stato nominato Commendatore della Corona d'Italia. Al valoroso collega i nostri più cordiali rallegramenti.

NOTIZIE DIVERSE.

4° Congresso nazionale contro la tubercolosi.

Questo Congresso, indetto dalla Federazione italiana nazionale fascista per la lotta contro la tubercolosi, a quanto informa « Lotta contro la Tubercolosi » (novembre 1930), avrà luogo a Bologna e vi saranno trattati i seguenti temi: « Ambiente rurale e tubercolosi in Italia » (con inchiesta in tre provincie rurali d'Italia), relatore generale prof. D. Ottolenghi; « Il pnx. bilaterale », relatore generale prof. M. Ascoli; « L'inizio della tubercolosi nell'adulto », relatori generali proff. G. Boeri, Pepere e Busi-Turano; « l'assistenza postsanatoriale », relatore generale on. prof. E. Morelli.

In occasione del Congresso si riuniranno anche le due sezioni della Federazione succitata, e cioè la Società di studi scientifici e la Società dei medici di sanatori e dispensari. Inoltre avrà luogo il Convegno nazionale delle assistenti sanitarie, durante il quale saranno svolti i due temi seguenti: « Il servizio dell'Assistente sanitaria nella lotta antitubercolare in collaborazione col medico condotto »; « La educazione del popolo nella profilassi antitubercolare attraverso l'Assistente sanitaria ».

Congresso sulle malattie della digestione e del ricambio.

Come abbiamo già annunziato, la « Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechsel-Krankheiten » si adunerà a Vienna dal 23 al 25 settembre, sotto la presidenza del prof. Falta. La seduta del 23 settembre si terrà in comune con la « Deutsche Pharmakologische Gesellschaft », che si adunerà pure a Vienna, dal 21 al 23 settembre, sotto la presidenza del prof. Flury.

Al congresso sarà unita un'esposizione.

Per ulteriori informazioni rivolgersi al segretario generale, prof. dott. R. von den Velden, Bamberger Str. 49, Berlin W 30, Germania.

27° Congresso medico ferroviario nord-americano.

Dal 5 al 7 novembre si è tenuta a Chicago la 27ª adunanza annua dell'Associazione Americana dei medici-chirurgi ferroviari, sotto la presidenza di R. Q. Woolsey, presidente dell'Associazione. I principali temi trattati furono: fratture e lussazioni, con speciale riguardo all'anestesia locale di Boehler per la riduzione; lesioni cefaliche; esame fisico dei supposti sani, ecc. Vennero proiettate varie cinematografie riferentisi ad operazioni chirurgiche.

Corso di cultura in medicina legale a Roma.

Presso l'Istituto di Medicina Legale di Roma (Viale dell'Università N. 32), si svolgerà quest'anno un Corso trimestrale di « Cultura medico-legale » con speciale riguardo alle nuove riforme nella legislazione penale ed alle questioni più urgenti di infortunistica e di assicurazioni sociali. Alla fine del Corso saranno rilasciati certificati di profitto e frequenza. Il Corso si inizierà il 23 febbraio, alle ore 17,30. L'iscrizione è libera per i laureati in Medicina e Chirurgia, per i laureati in Giurisprudenza e per gli studenti universitari di ogni Facoltà.

Scuola Superiore di Malariologia.

La Scuola, istituita da S. E. Mussolini nel 1927, è un organismo didattico e scientifico che viene a inserirsi nella vasta opera del Governo italiano per la redenzione igienica e sociale delle terre malariche.

La Scuola ha l'alta missione di preparare militi esperti nelle opere di bonifica del suolo e nella lotta contro l'endemia malarica.

La Scuola italiana di malariologia inizia nel 1931 il V anno d'insegnamento. Essa comprende una sezione medica per laureati e laureandi in medicina e una tecnico-economica per ingegneri e laureandi in ingegneria e dottori e laureandi in agraria nonchè per quei tecnici che, a giudizio della direzione, siano riconosciuti meritevoli di ammissione.

L'insegnamento impartito dai nostri più insigni studiosi di malaria e da valorosi tecnici di idraulica ed agraria, comprenderà lezioni teorico-pratiche, esercitazioni cliniche e di laboratorio, gite di istruzione in zone palustri e in località di grande e di piccola bonifica.

Cittadini italiani e stranieri potranno frequentare i corsi. Ogni allievo dovrà versare all'atto dell'iscrizione la tassa di L. 300 ed entro un mese dall'inizio del corso un compenso di L. 400 quale quota-rimborso delle spese di vitto ed alloggio nelle gite di istruzione. L'onere finanziario inerente ai viaggi, al mantenimento ed alla permanenza degli allievi durante le escursioni sarà a carico della Scuola.

I corsi della sezione tecnico-economica avranno inizio l'8 aprile e si chiuderanno il 20 giugno.

I corsi della sezione medica avranno inizio il 1° luglio e si chiuderanno il 30 settembre.

Gli allievi, ultimati i corsi, potranno richiedere il certificato di frequenza ed ottenere il diploma se giudicati idonei nelle prove d'esame.

Per i programmi e per le norme d'iscrizione rivolgersi alla Segreteria della Scuola - R. Clinica Medica - Policlinico Umberto I, Roma.

Per un Istituto di ricerche chirurgiche in Inghilterra.

Lord Moynihan ha elaborato il progetto per un Istituto di ricerche chirurgiche, il quale importerebbe la spesa di circa 7 milioni di lire it., di cui un terzo per lavori preliminari. Il progetto ha ottenuto l'approvazione del Reale Collegio dei Chirurgi e dell'Associazione Britannica. L'Istituto sorgerebbe nella tenuta della Down-House, la casa in cui visse Carlo Darwin. Casa e tenuta furono acquistati dal dott. George Duckston-Browne, membro del Reale Collegio dei Chirurgi, che ne dette la custodia all'Associazione Britannica. Naturalmente, la casa di Darwin non sarà toccata.

Il progetto attuale non è che la continuazione e il perfezionamento di un'opera già intrapresa dal Collegio dei Chirurgi, fin da una cinquantina d'anni or sono, con la costituzione di un museo anatomo-patologico, di una biblioteca, come pure col promuovere le ricerche scientifiche sperimentali e cliniche.

Clinica chirurgica del lavoro a Marsiglia.

Con l'intervento del ministro francese del lavoro Grinda e del presidente della Camera francese dei deputati Fernand Buisson, si è inaugu-

rato a Marsiglia l'ingrandimento della clinica chirurgica mutualista, che dalla capacità di 36 letti è stata portata a quella di 80 letti.

L'istituto è diretto dal dott. Bellon.

Clinica per la chirurgia mandibolare a Berlino.

Nella sezione chirurgica dello « Zahnärztliches Institut » di Berlino si è aperta una clinica per la chirurgia mandibolare. L'Istituto ha sede nella parte rimasta in piedi della vecchia Charité. La clinica, « Kieferklinik », occupa due piani; è diretta dal prof. Axhausen. Vi si tratteranno tutte le malattie che richiedono una combinazione di interventi odontoiatrici e chirurgici.

L'assistenza ospedaliera a Chicago.

La città di Chicago conta 116 ospedali, con 20.819 camere. È vivamente sentito il bisogno di un asilo per convalescenti, che disponga almeno di 200 camere. Il rapporto tra le camere per convalescenti e quelle per malati è di 22:100 in Inghilterra. A New York ve ne sono 6000, ossia incirca la metà di quante ne esistono in tutti gli Stati Uniti. Chicago non ne annovera che 89 nell'abitato e 226 nei dintorni. (« Chicago's Health », 11 nov. 1930).

Istituti assistenziali a Buenos Aires.

Il 27 dicembre vennero inaugurati a Buenos Aires due nuovi padiglioni dell'Istituto di Maternità, fondato dalla Società di Beneficenza. Alla cerimonia intervennero il Ministro dell'interno, quello degli esteri e del culto e numerose altre autorità; tenne un discorso la presidente della Società, signora Elena Napp de Green. La capacità dell'Istituto viene così ad essere elevata a 460 camere e 320 cune; è diretto dal dott. Alberto Peralta Ramos.

Il 15 dicembre venne inaugurato, pure a Buenos Aires, il primo reparto dell'Istituto d'Odontologia, fondato dalla stessa Società. Alla cerimonia intervennero la presidente, signora Napp de Green, e quasi tutti i componenti il Consiglio. Pronunziò un discorso il direttore dell'Istituto dott. Eduardo Zawells; seguì una conferenza del vice-direttore dott. Hugo Walter Reilly.

(Da « Semana Méd. », 1° genn. 1931).

All'Ospedale Umberto I di San Paolo.

Il 27 gennaio il gen. Balbo, l'ambasciatore d'Italia Cerruti, l'ammiraglio Bucci e tutto lo Stato Maggiore e gli aviatori della crociera transatlantica si recarono a visitare l'ospedale italiano Umberto I che onora la scienza italiana in Brasile. Accolto dai medici e fatto segno a deferenti attestazioni di simpatia e di affetto da parte dei ricoverati, S. E. Balbo percorse i padiglioni e le corsie intrattenendosi coi malati, che si alzarono dai loro letti per esprimere al Ministro dell'Aria la loro ammirazione per l'impresa compiuta. Dopo la visita ai degenti S. E. Balbo e il seguito si sono recati a visitare le installazioni scientifiche modernissime dell'ospedale e al termine il Ministro ha espresso la sua ammirazione per la brillante affermazione della scienza clinica italiana.

Donazioni e lasciti.

Il sig. Bartolomeo Brera fu Giuseppe, mancato ai vivi in Milano, ha lasciato 100.000 lire a quell'Ospedale Maggiore, salvo l'usufrutto alla vedova.

Fondazione Regondi.

È stata eretta in Ente Morale la Fondazione dott. Gaetano Regondi, istituita presso la R. Università di Roma e destinata a conferire, ogni due anni, una borsa di studio di perfezionamento in psichiatria.

La più copiosa provvista di radium.

Si è creduto che la maggiore provvista di radium fosse quella dell'Istituto oncologico di Buffalo, il quale dispone di 5735 mg. del prezioso metallo (cfr. questo periodico, 1930, p. 1405).

Risulta invece che il detto Istituto è superato dalla Fondazione Curie di Parigi, che ne ha g. 7200, e dal « Radium Hemmet » di Stoccolma, che ne ha 6000 mg.

Così il « Brasil-Med. », 27 dic. 1930.

Un ospedale incendiato.

È rimasto completamente incendiato il « Grenfell Hospital » di Battle Harbor, nell'Isola di Terranova (Canadà). L'ospedale era capace di 30 letti. Al momento dell'incendio era inabitato perchè la missione sanitaria che l'occupava si era spostata verso i quartieri d'inverno.

Per un Museo internazionale d'igiene a Roma.

È stata proposta l'istituzione in Roma di un museo internazionale d'igiene, da far sorgere a Villa Borghese, accanto all'Istituto internazionale di agricoltura. Potrebbe costituire un valido centro di propaganda igienica, insieme alle mostre ambulanti di igiene, che sono state anche proposte dal magg. medico Giovanni Perilli. Questi ne tratta nel numero di gennaio della « Scuola Nazionale ».

Società Piemontese di chirurgia.

Venne fondata il 18 gennaio, nella Clinica chirurgica di Torino, con l'intervento di chirurgi convenuti da ogni parte del Piemonte, di spiccate personalità e delle autorità. Il prof. Mario Donati tracciò gli scopi della nuova Società e ne lesse lo statuto proposto all'assemblea costituente, che lo ha approvato. All'ufficio di presidenza sono stati chiamati i proff.: Donati presidente, Uffreduzzi vice-presidente, Fantino, Odasso, Milone, Biolato, i due ultimi con funzioni di segretari; è stato proclamato primo socio onorario il prof. Anglesio.

Conferenze ai medici albanesi.

I proff. Mariani e Maggiore, direttori rispettivamente della Clinica dermosifilopatica e di quella oculistica presso l'Università di Bari della quale il primo è anche rettore magnifico, hanno offerto al Ministro degli affari esteri dell'Albania, pel tramite del nostro console generale, di tenere delle conferenze mensili teorico-pratiche ai medici albanesi. Il Consiglio dei Ministri dell'Albania ha preso in esame l'offerta e l'ha subito accettata, sottolineandone l'alto significato; ha autorizzato il Ministro dell'interno a dare le necessarie disposizioni per la preparazione e sistemazione degli ambienti in cui avranno luogo le conferenze.

Fondazione Hufeland.

Compiono ora cento anni da quando, per iniziativa del dott. Christian Wilhelm Hufeland, che era uno dei più reputati medici di Berlino, venne istituita questa fondazione, che ha lo scopo di sovvenire i medici in stato di bisogno, le loro vedove ed i loro orfani. Con le modeste risorse disponibili nel 1831, consistenti di 4628 marchi, vennero aiutati 10 medici. Nel 1929 si poterono sovvenire 24 medici, 214 vedove e 43 orfani di medici.

Per la terminologia medica.

Il 24 novembre si adunò a New York, nell'Accademia di Medicina, una Conferenza nazionale sulla nomenclatura medica. Si è deciso di adottare una classificazione doppia: in base all'eziologia ed alla sede; quando l'eziologia è ignota, la malattia dovrà essere classificata in base alle alterazioni strutturali e funzionali prodotte, e queste dovranno risultare nettamente dal titolo.

Nella stampa medica.

Ha iniziato le pubblicazioni in Australia un periodico il quale reca semplicemtnte il titolo di « G. P. », che significa « General Practitioner », cioè il medico pratico generale; intende essere agli antipodi dell'accademia, cioè occuparsi solo della pratica quotidiana e della medicina sociale. Ne viene bandito, di proposito, quanto concerne la medicina scientifica. Esce mensilmente, a Vittoria, a cura della « General Practitioners' », Section of the British Medical Association in Victoria.

Disciplina della professione medica in Turchia.

Da dieci mesi i medici turchi sono stati raccolti in Associazioni rette da Comitati amministrativi e da Comitati di etica medica. L'iscrizione alle Associazioni importa una tassa d'immatricolazione (10 lire turche) ed una tassa annua (12 lire turche).

I Comitati sono composti di 3 ovvero di 5 membri, a seconda che le Associazioni comprendano meno o più di 100 iscritti. Le cariche si rinnovano ogni biennio. Esse sono elettive; ma i membri dei Comitati devono aver superato 35 anni, avere esercitato almeno 10 anni in Turchia ed essere stati a servizio del Governo (medici militari, distrettuali ecc.). La votazione può esser fatta anche per posta.

I Comitati amministrativi si riuniscono una volta la settimana; provvedono alle iscrizioni, a organizzare e indire i convegni locali, le conferenze, ecc. I Comitati di etica medica si riuniscono solo quando ce n'è bisogno; provvedono a disciplinare i rapporti professionali e ad infliggere le punizioni (censure, ammonizioni, ecc.). I membri vengono compensati con medaglie di sessione.

Contro le decisioni dei Comitati di etica medica è ammesso l'appello ad una Corte deontologica centrale, che funziona presso il Ministero della Sanità (dal quale dipendono tutti i servizi igienico-sanitari).

Studentesse di medicina a Londra.

Abbiamo dato altra volta notizia dell'esclusione delle studentesse da alcune scuole mediche di Londra. Essa veniva giustificata da due motivi: la difficoltà, per gli insegnanti, di trattare alcuni soggetti in presenza di giovani dei due sessi e la distrazione che le studentesse cagionavano ai loro colleghi maschi. Eppure nelle scuole mediche della provincia non erano state mai avvertite queste cause d'incompatibilità. Ora il « King's College Hospital » ha deciso di riammettere le donne; un comunicato informa che l'esclusione era stata determinata solo dal timore di un'invasione di studentesse, in seguito all'esclusione da altre scuole londinesi. Le donne vengono ammesse anche all'« University College », ma in numero limitato, di 12 ogni anno: non ve n'è che una quarantina in tutta la scuola.

Alle donne è riservato il « Royal Free Hospital », ove ha sede la « London School of Medicine for Women » (ad esso verrà aggregato l'Istituto odontologico Eastman).

Hanno sempre escluso le donne le grandi scuole mediche di Londra, quali il Guy's Hospital e il St. Bartholomew's Hospital.

Perforazione di un viscere durante il volo.

Il dott. F. J. D. Ewigg riferisce sul « Brit. Med. Journ. », che un caporale aviatore durante il volo venne colto da dolori addominali intensissimi.

L'idroplano era nelle vicinanze di Reykjavik, a 600 metri d'altezza. Venne immediatamente fatto ammarrare ed il paziente fu portato a bordo della nave da guerra « Rodney ». Ivi egli potè fornire dati sui suoi precedenti: una dispepsia durava da anni. Presentava un quadro tipico di perforazione di viscere addominale. Si procedette all'intervento immediato: si trovò perforazione del duodeno, che venne suturato; guarigione.

Il medico che ha descritto l'acromegalia su se stesso.

I quotidiani hanno dato notizia della morte del dott. Leonard Portal Mark, il quale ha chiuso la sua esistenza a 75 anni, dopo aver sofferto per 30 anni di acromegalia.

Egli ha avuto l'abnegazione di descrivere minutamente i sintomi della sua malattia in un libro. Aveva disposto che dopo la morte fosse eseguita la necroscopia del suo corpo, nella scuola medica del St. Bartholomew's Hospital: vi ha provveduto il dott. E. R. Cullinan.

La glandola pituitaria risultò ingrandita solo lievemente e di consistenza molle; la fossa pituitaria, corrispondentemente ingrandita, presentava la parete posteriore rammollita. Oltre alle alterazioni consuete dell'acromegalia, si trovò la volta cranica aumentata (25 pollici di circonferenza) e le pareti craniche ispessite (a tratti 1 cm. di spessore); la tiroide ingrandita; ateromasia diffusa ed avanzata delle arterie; nefrite interstiziale di tipo arteriosclerotico.

Verranno anche eseguite ricerche istologiche.

(Dal « Journ. A. M. A. », 13 dic. 1930).

È morto a 70 anni il prof. W. M. W. HAFFKINE, il quale ha compiuto opera di pioniere nelle vaccinazioni contro il colera e contro la peste, superando gravi ostacoli. Era nato in India e fu lungamente addetto al servizio sanitario dell'India, in qualità di batteriologo.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Mediz. Welt., 4 ott. — J. Bauer. La pinguedine.

Bordeaux Chirurg., ott. — Numero sull'ortopedia e la chirurgia degli org. di movim.

Soc. d. Hôp., 24 lug. — G. Caussad. Linfogranulomatosi maligna e tbc. — C. Laubry e A. Tzanck. Meccanismo della sincope.

Ann. Inst. Pasteur, sett. — G. Ramon e al. Anatossine. — P. Remlinger e J. Bailly. Unità o pluralità del virus rabico.

Rev. Med.-Cir. do Brasil, sett. — Numero di dermatol.

Día Med., 1 sett. — P. L. Errecart. Angiopatie labirintiche. — V. Blanco. Debolezza congenita.

Rev. Españ. de Tuberc., ott. — R. Novoa Santos, G. Deleit. Tbc. e sistema nerv. vegetat.

Presse Méd., 1 ott. — P. Teissier e J.-A. Chavany. Trattam. della meningite c.-sp.

Revue Neurol., sett. — G. Lévy. Disturbi della parola negli stati pseudo-bulbari. — L. Benedek e E. de Thurzo. Blefaronistagmo.

Mediz. Klin., 3 ott. — E. Vogt. Stato attuale delle dottrine sulle secrez. interne. — F. Mainzer. Apprezzam. clinico delle funzioni renali.

Riv. di Patol. e Cl. d. Tuberc., 30 sett. — M. Scarzella. Ciclo evolutivo del bac. tbc. — F. Zacco. Oleotorace. — S. Morelli. Pneumotorace contemporaneo bilaterale.

Journ. A. M. A., 20 sett. — W. Wetson. Nuova concezione della nutrizione. — A. D. Kaiser. Risultati della tonsillectomia.

Paris Méd., 4 ott. — Numero di neurologia.

Revue de Méd., ott. — F. Trémolières e al. Ipertensione parossistica d'origine nervosa. — L. Lematte. Lo zolfo in terapia.

Prensa Méd. Argent., 10 sett. — M. R. Castex e A. Battro. Elettrocardiogramma e ipertens. arteriosa. — L. Bard. Il reumatismo dal punto di vista dell'igiene sociale.

Radiologia Med., ott. — L. Cappelli. « Radioproteinemia » e « radioanafilassi » nei cancerosi. — G. Torelli. Azione dei raggi U. V. sul sistema nerv. vegetat.

Pediatria, 1 ott. — P. Fornara. Problema dell'eritema nodoso.

Minerva Med., 29 sett. — A. Castiglioni. Il poema « Morbus Gallicus » di Girolamo Fracastoro.

Revue de Chir., lug.-ott. — R. Leriche e R. Fontaine. Simpaticectomia periarteriosa nelle ulcere da radiodermite. — R. Soupault e G. Seillé. Appendicite pelvica.

Giorn. It. di Dermat. e Sifil., ag. — Resoconto del Congresso di dermosifilogr.

Presse Méd., 4 ott. — A. Hamaut e al. Stati endometroidi. — *Id.*, 8 ott. M. Loeper e al. L'insulina nella nutriz. del cuore dei cardiaci. — N. Kisthinios e D. M. Gomez. Lo zucchero nell'insufficienza cardiaca.

Zeitsch. f. Tuberk., ott. — A. Calmette. Premunizione con B. C. G. — R. Brinkmann. Trattamento della tbc. polm. con vaccino Schröder.

Lancet, 11 ott. — Moynihan. La scienza della medicina. — F. J. Poyton e A. Moncrieff. Granulomi infettivi e infezione streptococcica.

Arch. Gen. di Neurol., ecc., 30 ag. — Morpurgo. I « Sei personaggi in cerca d'autore ». — Brunori e Torrisi. Il corpo umano come circuito di radio.

Diagnostica e Tecnica di Laborat., 25 sett. — C. Manzini. Microdosaggi dell'urea nel sangue e nelle urine.

Morgagni, 5 ott. — I. Imber. I tumori del talamo ottico.

Indice alfabetico per materie.

V. Ascoli, Red. capo. A. Pozzi, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXVIII Roma, 16 Febbraio 1931 - IX Num. 7

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Istituto di Clinica Medica della R. Università di Catania
diretto dal prof. LUIGI FERRANNINI.

L'insulinemia nell'obesità e nella magrezza.

Dott. D. COLUMBA, aiuto vol.

Nel vasto campo delle indagini aperto ai ricercatori dalla scoperta dell'insulina, un posto di prim'ordine hanno mantenuto quelle intese, non solo a stabilire la presenza negli umori e nei tessuti dell'organismo dell'increto pancreatico stesso, ma più a studiarne l'intimo meccanismo di regolazione nelle diverse condizioni sperimentali.

I notevoli perfezionamenti di tecnica, che a tale scoperta seguirono — abbandono dei vecchi metodi della trasfusione sanguigna, creazione di nuovi basati su specifiche proprietà dell'insulina (Loewi), applicazione al sangue dei metodi di estrazione dell'insulina dal pancreas (Kumagai e Sato, Banting, Best, Smith, Macleod, ecc.) — hanno reso possibili poi delle ricerche sistematiche sulla insulinemia dell'uomo sano e del malato le quali attendono solo di essere ulteriormente controllate per costituire uno dei più interessanti e suggestivi capitoli di fisio-patologia umana.

Per quel che riguarda le malattie del ricambio solo il diabete è stato a fondo studiato da questo punto di vista, ed i risultati sin'oggi ottenuti lasciano intravedere nuovi impensati sviluppi ed orientamenti delle dottrine correnti sulla genesi di tale malattia. In effetti, i numerosi autori che si sono occupati dell'argomento hanno potuto concordemente stabilire che dai tessuti e dal sangue di individui diabetici, al pari che dagli individui normali, è possibile estrarre, con i metodi dell'insulina, una sostanza capace di indurre una netta ipoglicemia nell'animale da esperimento. Tale sostanza che Baker, Dodds e Dickens hanno ottenuto anche dai tessuti di individui morti in coma diabetico, presenta tutti i caratteri finora noti dell'insulina con la quale essa quindi si può identificare.

L'illazione mi sembra, però, per lo meno prematura. Manca infatti ancor oggi un metodo chimico che consenta di identificare in ogni caso l'insulina, e ciò basta a giustificare le riserve avanzate recentemente da qualche A. sulla identità della sostanza estratta con il prodotto della secrezione interna pancreatica (Mas-

sa e Maugeri, Cavallaro). Comunque, dovendosi accettare come dimostrato il fatto che nel sangue e nei tessuti di diabetici si trovano sostanze ipoglicemizzanti estraibili con i metodi dell'insulina, vien fatto di chiedere: perchè l'organismo rimane diabetico, iperglicemico, nonostante la presenza di tali sostanze?

Il quesito, di assai notevole importanza, è certamente lungi ancora dal poter essere soddisfatto, ma il fervore di studi che da ogni parte vien segnalato dà sicuro affidamento che lo scopo sarà prima o poi raggiunto.

Per consiglio del mio Maestro, io ho portato l'indagine sul sangue degli individui obesi e dei magri costituzionali. Ho adoperato per le mie ricerche il metodo più recente del Dodds, vantato dal Togo-Hoshi, in base a sue accurate esperienze, come il migliore per l'estrazione dal sangue dell'ormone pancreatico. Ne trascrivo brevemente la tecnica:

A gr. 0,7 di acido picrico, si aggiungono man mano in un mortaio 30 cmc. di sangue defibrinato mescolando accuratamente; alla massa omogenea che così si ottiene si aggiungono, poco alla volta, 50 cmc. di acetone puro. Si filtra con filtro di Buchner ed il residuo si tratta ancora con 50 cmc. di acetone al 70 % e di nuovo si filtra. Si riuniscono i due filtrati che debbono essere limpidi. Evaporazione completa dell'acetone, lavaggio del precipitato con etere puro, soluzione in alcool acido (75 cmc. di alcool al 95 % + 25 cmc. di HCL N/3) in ragione di 10-20 cmc. per ogni grammo di precipitato. Si rimescola lentamente fino a che rimane un precipitato che viene separato con la centrifugazione e trattato ancora una o due volte con alcool acido. Riuniti i liquidi limpidi, si aggiunge loro una quantità 10-20 volte maggiore di acetone; il precipitato bianco che si forma, raccolto su filtro di Buchner, è quello che si adopera disciolto in acqua distillata, previo lavaggio ripetuto con acetone-etere purissimo.

La classificazione dei soggetti è stata fatta in base alla nota formula del Broca, e sono stati scelti quelli nei quali non era riscontrabile clinicamente una manifesta alterazione di questa o di quella ghiandola endocrina o gruppi ghiandolari (tiroide, ipofisi, pancreas, glandole sessuali, ecc.). Il sangue è stato prelevato al mattino, a digiuno dalle vene della piega del gomito e l'estratto cimentato nel coniglio anch'esso digiuno da 18 ore. La glicemia è stata dosata in tutti i casi col micrometodo di Bang.

Consegno nella tabella che segue (I) qualcuno dei risultati ottenuti nelle 10 esperienze condotte sui magri costituzionali.

Risulta da queste indagini che è possibile estrarre dal sangue degli individui costituzionalmente magri, col metodo all'acetone-acido picrico, una sostanza che, iniettata nel coniglio digiuno da 18 ore, produce dapprima una reazione iperglicemica ed in seguito ipoglicemia netta e duratura.

Il potere ipoglicemizzante dell'estratto in questi casi si è dimostrato presso a poco uguale a quello denunziato dagli autori per gli individui normali. Della reazione iperglicemica che è insorta in tutti i casi rapidamente in seguito alla iniezione dell'estratto e si è mantenuta per circa un'ora, non è fatto cenno nelle ricerche del Guardabassi sulla insulinemia dell'uomo normale e del diabetico. Ma è da ritenere che essa sia soltanto sfuggita a questo ricercatore, il quale, come risulta dai suoi protocolli, determinava il tasso glicemico nel coniglio prima e due ore dopo dall'iniezione dell'estratto ricavato con lo stesso metodo dell'acetone acido picrico. Ciò viene confermato dal fatto che la stessa reazione iperglicemica è stata segnalata da diversi AA. e ultimamente dal Cavallaro nelle sue ricerche sugli individui diabetici ed io stesso poi, l'ho registrata anche nelle esperienze concernenti gli individui obesi, come si può ricavare dall'esame della seguente tabella (II) nella quale sono consegnati appunto alcuni risultati delle indagini condotte su 12 soggetti.

TABELLA I.

Paziente N.	Soluz. dello estratto cmc.	Glicemia a digiuno gr. ‰	Peso coniglio digiuno da 18 ore Kg.	Glicemia del coniglio ‰ gr.			
				Prima	dopo 1 ora dalla iniez.	dopo 2 ore	dopo 4 ore
1	10	1,2	1,950	1,12	1,22	0,78	0,94
2	10	1,00	1,850	1,28	1,54	0,82	1,02
3	10	0,98	1,900	1,10	1,32	0,74	0,79
4	10	1,06	1,800	1,26	1,49	0,94	0,96
5	10	1,1	1,900	1,22	1,34	0,81	1,02

TABELLA II.

Paziente N.	Soluz. dello estratto cmc.	Glicemia a digiuno gr. ‰	Peso coniglio digiuno da 18 ore Kg.	Glicemia del coniglio ‰ gr.			
				Prima	dopo 1 ora dalla iniez.	dopo 2 ore	dopo 4 ore
1	10	1,18	2,00	1,34	1,41	1,22	1,16
2	10	1,09	1,900	1,23	1,46	1,19	1,21
3	10	1,00	1,950	1,12	1,19	1,02	0,98
4	10	1,01	1,700	1,02	1,24	0,94	0,97
5	10	1,08	1,850	1,29	1,43	1,22	1,29

Ma non è tanto la reazione iperglicemica, costante e d'intensità pressochè uguale a quella denunziata nelle precedenti esperienze, che richiama qui l'attenzione, sibbene il fatto che dal sangue degli individui costituzionalmente obesi s'è ricavata una sostanza la quale, iniettata nel coniglio digiuno, ha provocato un effetto finale di ipoglicemia manifestamente meno intenso di quello ottenuto con la sostanza estratta dal sangue dei magri con lo stesso metodo e nelle stesse condizioni di esperimento.

Solo in un caso (10° del protocollo), per ragioni che sfuggono, si è avuto un comportamento anomalo della curva glicemica come si può rilevare dalla esposizione seguente:

G. Angela di a. 38 maritata, con prole e marito in ottime condizioni di salute e senza precedenti morbosi. Nessun aborto. Nessuna malattia degna di nota all'infuori di una bronco-polmonite influenzale sofferta nel 1925. Si lamenta solo di un senso di stanchezza e di affanno del respiro quando cammina o deve accudire alle faccende domestiche, disturbi che essa riferisce alla pinguedine che l'affligge fin da ragazza. L'esame clinico e di laboratorio non mette in rilievo nulla di notevole. È alta m. 1,58. Pesa 96 Kgr.

Glicemia a digiuno al mattino, gr. 1,10 ‰.

Sangue defibrinato cmc. 30. Soluzione acquosa dello estratto cmc. 10.

13-5-30. Coniglio maschio Kg. 1,900, digiuno da 18 ore. Glicemia del coniglio prima dell'iniezione 1,24 ‰, dopo un'ora 2,12 ‰, dopo due ore 2,23, dopo 4 ore 2,09.

All'infuori del risultato di questa esperienza, risultato che potrebbe forse trovare la sua spiegazione negli ignoti coefficienti di variabilità propri del dosaggio biologico rappresentati dall'animale di esperimento, rimane dunque assodato, in base alle superiori indagini, che l'estratto di sangue degli individui obesi determina nel coniglio una ipoglicemia di lieve grado in confronto a quella provocata dall'estratto di sangue di individui magri, rispettivamente di individui normali.

Non è stato possibile nelle esperienze tener conto della quantità di sostanza iniettata data la piccolissima entità ponderale di prodotto finale ottenibile, nè si sono osservate variazioni notevoli nella quantità di precipitato dalla soluzione alcool-acida con acetone. Riesce quindi impossibile stabilire se da 30 cmc. di sangue defibrinato si ricavano diverse quantità di sostanza ipoglicemizzante negli obesi e nei magri o se, piuttosto, non si tratti di un minore potere ipoglicemizzante posseduto dall'estratto degli obesi di fronte a quello dei magri. È noto per altro che non esistono rapporti costanti fra peso ed azione ipoglicemizzante dell'insulina. Ma nell'un caso o nell'altro se è vero, come molti AA. sostengono, che con il metodo all'acetone acido-picrico si può estrarre e si estrae insulina dal sangue venoso della grande circolazione, è forza concludere per uno stato ipoinsulinemico degli obesi di fronte agli individui magri.

Se tale stato di ipoinsulinemia negli obesi debba considerarsi come l'espressione del torpore delle funzioni di tutto l'organismo o non gli si possa piuttosto attribuire, come io credo, valore di sintoma di uno stato latente di insufficienza funzionale del pancreas, non si può tuttavia stabilire.

Ma è interessante, intanto, rilevare come la recente concezione dell'Arnoldi, il quale considera l'obesità in genere come una malattia del ricambio dei carboidrati i quali non potrebbero essere più completamente bruciati, mentre — e qui starebbe la differenza dal diabete — saprebbero ancora trasformarsi in grasso e depositarsi come materiale di riserva, acquisti maggior luce dai risultati delle mie ricerche, venendo ad assumere un significato più concreto.

CONCLUSIONI.

1) Da 30 cmc. di sangue venoso prelevato alla piega del gomito si può estrarre col metodo dell'acetone-acido picrico, negli individui obesi e nei magri costituzionali a digiuno, una sostanza ad azione insulinica, che iniettata nel coniglio digiuno da 18 ore, induce in un primo tempo reazione iperglicemica ed in seguito ipoglicemia.

2) Il potere ipoglicemizzante dell'estratto ottenuto dal sangue degli obesi è in ogni caso minore di quello dell'estratto ricavato dai magri.

3) Esiste, dunque, in confronto agli individui costituzionalmente magri e rispettivamente ai normali, uno stato di ipoinsulinemia degli individui costituzionalmente obesi.

RIASSUNTO.

L'A. ha studiato l'insulinemia in 12 obesi e in 10 magri costituzionali. Adoperando il metodo più recente del Dodds, all'acetone-acido picrico, per la estrazione dell'insulina dal sangue, egli ha trovato che il potere ipoglicemizzante dell'estratto ottenuto dal sangue degli obesi è in ogni caso minore di quello dell'estratto ricavato dai magri, rispettivamente da-

gli individui normali. Conclude che esiste negli obesi uno stato di ipoinsulinemia che è da considerare come l'espressione di uno stato latente di insufficienza funzionale del pancreas.

BIBLIOGRAFIA.

AMBARD L. e SCMIDT F. C. R. Soc. Biol., 1924.
BEST, SMITH, SCOTT. Am. J. Phisiol., 1924, n. 68.
BÜRGER e KRAMER Zeitschr. f. exper. Med., 1929.
CAVALLARO V. Clinica Med. Ital., 1929.
ID. Riforma Medica, 1930.
FALTA W. Wien. Klin. Woch., 1928.
GUARDABASSI M. *La Diagnosi*, 1928.
ID. Folia Medica, 1929.
JONESCO, COMULESCO e TOMESCO. C. R. Soc. Biol., 1929.
LA BARRE J. Ibid., 1927.
MASSA e MAUGERI. Giorn. di Clin. Medica, 1929.
ID. Pathologica, marzo-aprile 1929.
MAURIAC e AUBERTIN. Presse Méd., 1926.
ID., ID. C. R. Soc. Biol., 1928.
SANTENOISE D. C. R. Soc. Biol., 1930.
TOGO HOSHI. The Journ. of exper. Med., 1926.
ZUNZ e LA BARRE. C. R. Soc. Biol., 1929.
ID., ID. Ibid., 1930.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

POLICLINICO UMBERTO I IN ROMA - VI PADIGLIONE
Primario: Prof. G. PANEGROSSI.

Cisti di echinococco polmonare in un bambino di 13 anni trattata col metodo Baccelli e col pneumotorace. Guarigione

per il dott. AUGUSTO FIORENTINI,
aiuto medico e volontario in Clinica Pediatrica.

I. M., di a. 13, studente. Proviene da Tor Sapienza. Entra in Ospedale l'11 marzo 1929. Genitori viventi e sani; 9 fratelli viventi in buona salute. Un fratello morto a 13 anni all'Ospedale di S. Spirito per malattia che non è possibile precisare. Il bambino non pare abbia sofferto dei comuni esantemi dell'infanzia, nè alcuna altra malattia degna di nota all'infuori di un catarro dei bronchi, che insorge con una certa frequenza specialmente nella stagione invernale.

Circa un mese fa il bambino fu colto da una affezione febbrile giudicata da un medico come influenza: ebbe febbre a tipo irregolare, prevalentemente serotina, ora continua, ora intermittente, accompagnata da sudori notturni, da modica tosse, con espettorato muco-purulento, senza sangue. Il bambino inoltre si è spesso lamentato di un dolore puntorio nella regione mammillare sinistra, che rende un po' penoso il respiro e che si accentua sotto i colpi di tosse. Il paziente è un po' dimagrito ed ha poco appetito; l'alvo ha tendenza diarroica, la minzione è regolare. Perdurando queste condizioni i parenti decidono il ricovero del bambino in Ospedale.

E. O. Condizioni generali di nutrizione scadute. Sensorio integro. Decubito indifferente. Colorito della cute fortemente pallido, mucose visibili colorate. Evidente micropoliadenia laterocervicale e inguinale. Epitrocleari presenti. Lingua impaniata, umida; nulla di notevole al faringe. Polso 120, piccolissimo ritmico. Respiro frequente (30) alquanto dispnoico.

Torace di forma cilindrica con fossette fisiologiche accentuate e scapole leggermente alate. Cifosi dorsale accentuata. Anteriormente il torace si presenta asimmetrico per una prominenza della regione sottoclaveare sinistra e della regione precordiale, dove è nettamente visibile il reticolo venoso superficiale. Il torace si espande bene posteriormente, invece è meno mobile in alto anteriormente. Fremito vocale tattile indebolito nella regione sottoclaveare e ascellare sinistra, pressochè normale nel resto dell'ambito. Alla percussione si nota suono ridotto timpanico nelle regioni sopraspinosa, sottospinosa e scapolare sinistra, suono ottuso in tutta la regione sottoclaveare sinistra, che si confonde in basso con l'aia di ottusità cardiaca e che si estende lateralmente nella regione mammaria e ascellare sino al VI spazio intercostale sinistro, sull'ascellare media. Suono chiaro polmonare nel resto dell'ambito e sulla colonna vertebrale. Zona di Traube, libera. All'ascoltazione nelle zone ridotte si nota respiro leggermente soffiante, più evidente nelle regioni anteriori del torace, con scarsi fatti umidi, che si rendono più manifesti sotto i colpi di tosse.

Cuore: regione precordiale uniformemente rilevata, pulsazione epigastrica con carattere di scuotimento. Non si palpano fremiti, non si vede l'itto della punta, nè si può delimitare l'aia cardiaca a causa della ottusità rilevata sul polmone sinistro. Limite destro debordante di circa un dito. All'ascoltazione del cuore toni netti sui focolai della base, mentre alla punta e verso l'ascella i toni sono coperti da un rumore rude in rapporto coi movimenti respiratori.

L'addome è di forma e volume normali, trattabile indolente su tutti i quadranti. Milza e fegato nei limiti normali. Nulla di notevole a carico del sistema nervoso.

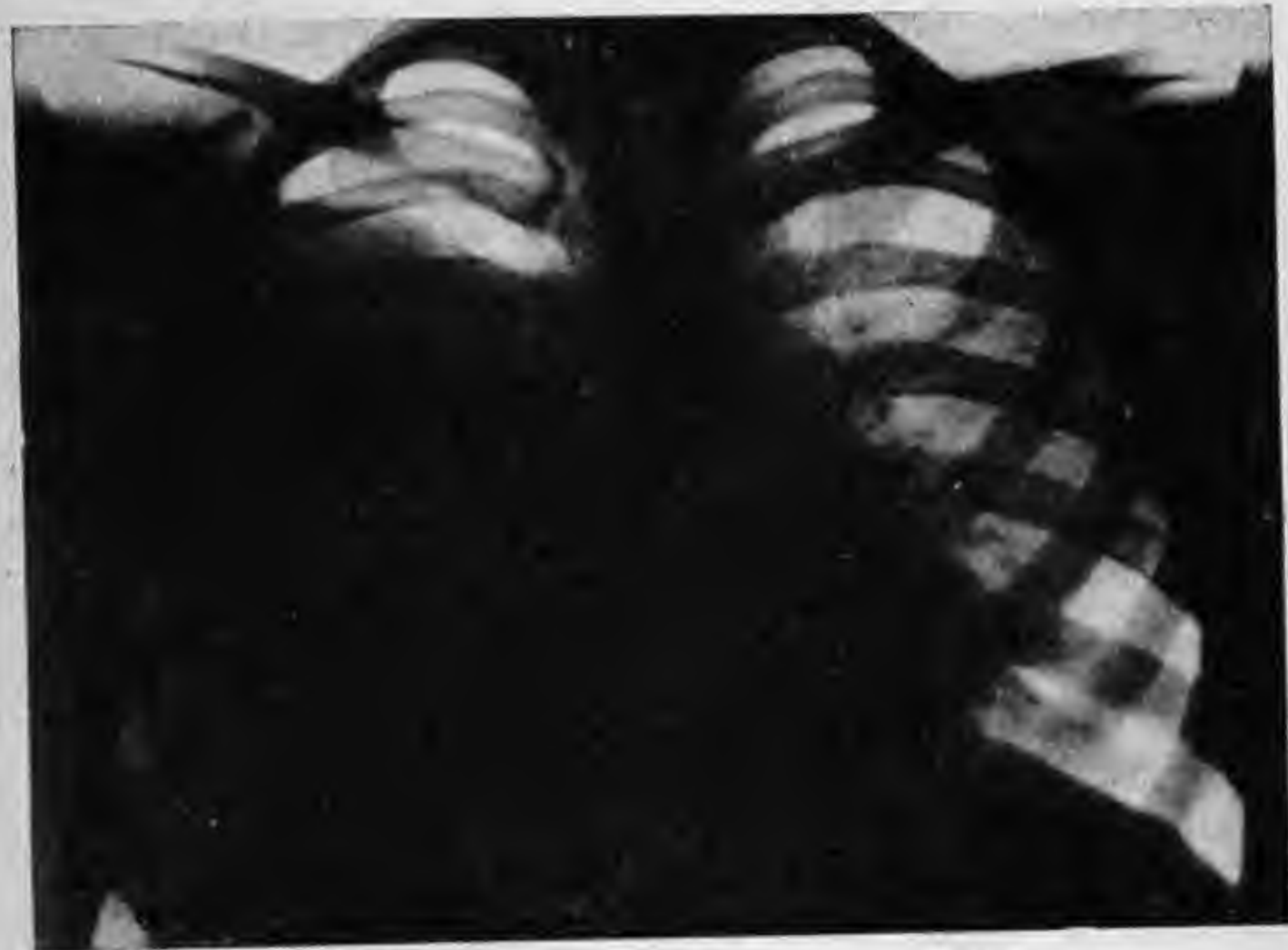
Il paziente il giorno di ingresso in Ospedale (11 marzo 1929) presenta lieve febbre (37°,4) che si accentua nei giorni successivi, con massimo fino a 38°,4, a carattere intermittente seguita da modico sudore. Le condizioni generali hanno tendenza a peggiorare. L'esame delle orine è negativo. Globuli bianchi 10.600. Formula leucocitaria: polinucleati 89, linfociti 11, eosinofili 0. Intanto la radioscopia e la radiografia del torace fanno notare una grossa ombra che occupa quasi tutto l'emitorace sinistro con carattere di cisti (vedi radiogramma N. 1).

La Ghedini Weimberg e la Casoni (cmc. 0,30 di liquido cistico) dànno risultato negativo. L'esame dell'espettorato è negativo per il bacillo di Koch.

La Wassermann nel sangue risulta invece positiva completa. Cutireazione alla tubercolina negativa.

I caratteri obiettivi rilevati sul torace, ma sopratutto l'esame radioscopico rendevano facile la diagnosi di cisti di echinococco del polmone sinistro con probabile suppurazione della membrana pericistica, come facevano logicamente presumere l'andamento della febbre e la discreta leucocitosi con polinucleosi. Anche le reazioni di Weimberg e la Casoni, riscontrate negative, con-

fermavano questa ipotesi, perchè come è noto, la suppurazione della cisti può essere una delle cause che provoca questa negatività.

Stabilita la diagnosi e date le condizioni scadute del bambino che non permettevano un ulteriore indugio, non restava che sentire il parere del chirurgo per l'eventuale atto operativo. Il chirurgo interpellato pur non nascondendo la gravità dell'operazione a causa delle

Radiogramma N. 1.

condizioni piuttosto depresse del bambino, e per la grossezza della cisti, consiglia l'intervento, ma i parenti del bambino vi si oppongono recisamente.

Quale allora poteva essere nel nostro caso la condotta da seguire?

Lasciare il bambino al suo destino oppure tentare la cura medica col metodo Baccelli? È noto che la puntura di una cisti di echinococco può provocare sintomi assai gravi, ma d'altro canto il tentativo poteva essere giustificato dal rifiuto all'atto operativo e dalle condizioni piuttosto gravi del soggetto. Richiesto allora ed ottenuto il consenso dei parenti, senza loro nascondere gli eventuali gravi pericoli, si decide per la puntura della cisti.

Dopo somministrazione per qualche giorno di cloruro di calcio per bocca (gr. 3 p. d.) previa iniezione di adrenalina e anestesia cocainica locale, si pratica il giorno 22 marzo 1929 una puntura della cisti in corrispondenza del IV spazio intercostale sinistro sull'ascellare media e si estraggono circa 30 cmc. di un liquido limpido, iniettando subito dopo 10 cmc. di una soluzione di sublimato all'1 per mille. Il bambino non risentì alcun disturbo dalla puntura. L'esame microscopico del liquido fece rilevare la presenza di numerosi uncini di cisti di echinococco.

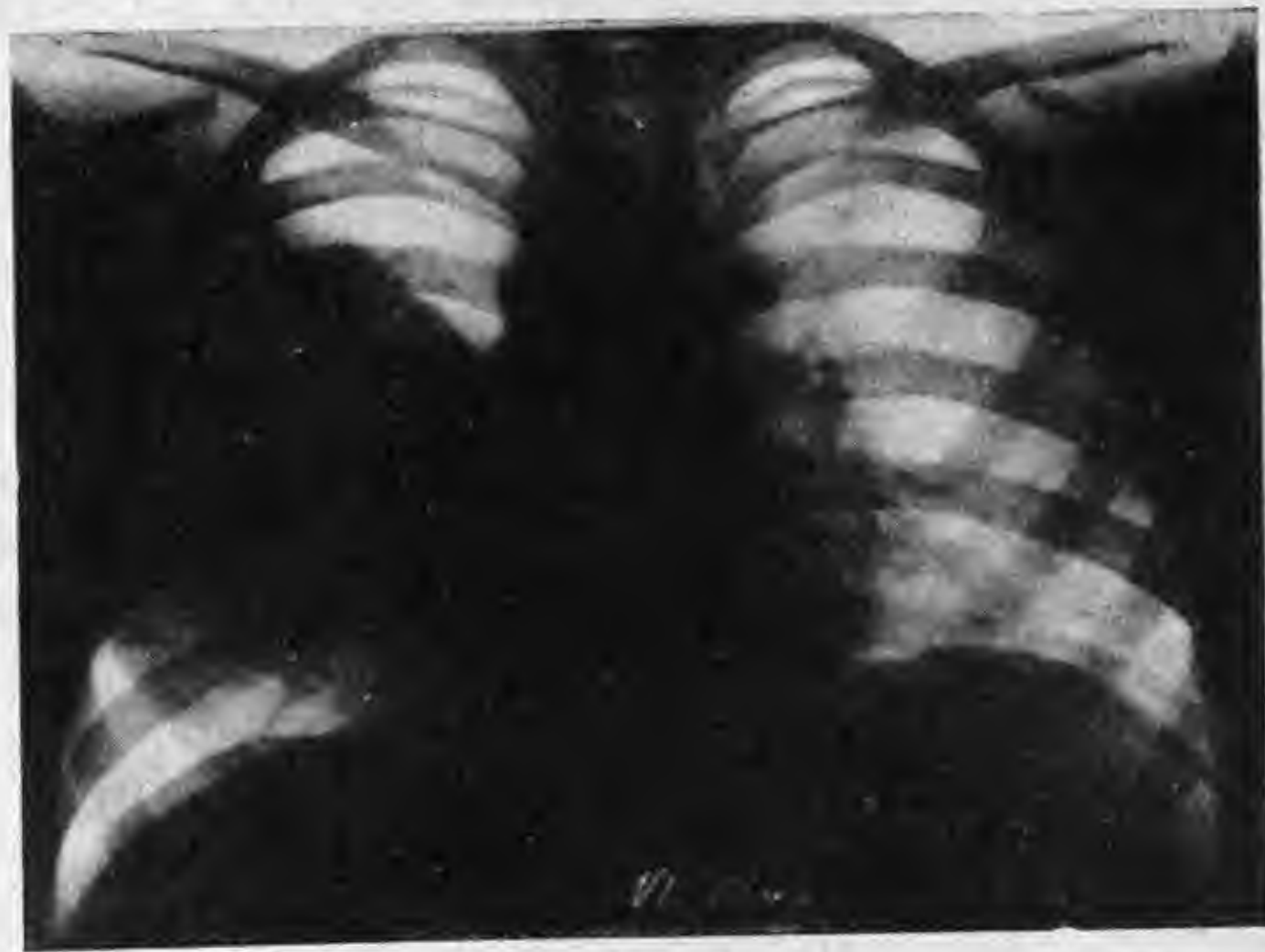
Il 28 marzo si ripete la prova della reazione di Weimberg che risulta negativa, mentre si trova leggermente positiva la Casoni. Intanto il bambino non ha più febbre e giorno per giorno appare evidente il miglioramento delle sue condizioni generali. Il giorno 31 si ha espettorato muco-purulento striato di sangue che cessa dopo due giorni e che ci convince sempre più dell'esistenza di suppurazione della membrana pericistica. Il 15 aprile risultando invariate all'esame radioscopico del torace le condizioni della cisti, si pratica una seconda puntura e si estraggono circa 50 cmc. di liquido leggermente torbido, introducendo subito dopo 10 cmc. della soluzione di sublimato. Al sedimento del liquido cistico si notano ancora uncini di echinococco, alcune cellule in degenerazione e qualche emazia. Anche questa volta la puntura non provocò disturbi di sorta. Il 18 aprile un esame di sangue per la leucocitosi dà leucociti 9000 e formula leucocitaria: neutrofili 72, linfociti 13, grandi mononucleati 8, mielociti 5, forme di passaggio 2.

Il 26 aprile la Weimberg si trova ancora negativa

Il 2 maggio si ripete per la terza volta la puntura della cisti in corrispondenza del IV spazio intercostale sinistro, sull'ascellare anteriore; si estraggono circa 150 cmc. di liquido giallastro torbido e si iniettano 10 cmc. della soluzione di sublimato. Al sedimento del liquido cistico, si trovano scarsi uncini e abbondante detritus. Il bambino ha sopportato benissimo anche questa terza puntura.

Il 6 maggio allo scopo di favorire la guarigione della cisti si pratica il pneumotorace artificiale in corrispondenza dell'VIII spazio intercostale posteriore, sulla linea emiscapolare e si introducono circa 200 cmc. di ossigeno. La pressione iniziale è intorno allo zero, la pressione terminale +10 +15.

L'infermo durante l'introduzione avverte dolore alla base anteriore dell'emitorace sinistro che scompare dopo poche ore.

Il 7 maggio la radiografia del torace dimostra una notevole diminuzione di volume della cisti (vedi II radiogramma).

Radiogramma N. 2.

Il 10 maggio si ripete il pneumotorace e si riesce appena ad introdurre cmc. 80 di azoto con pressione iniziale +5 +15 e pressione terminale +10 +18.

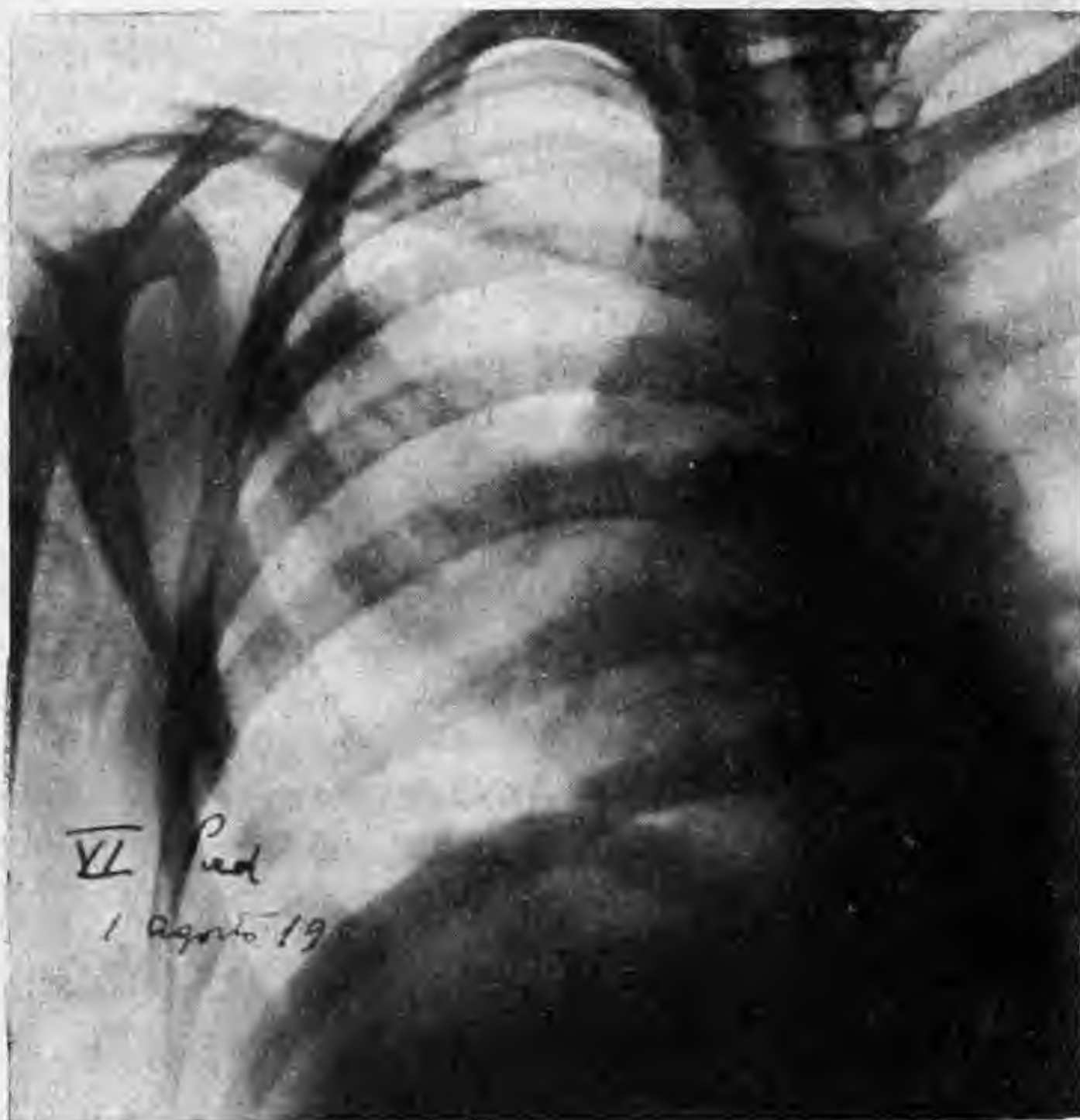
L'introduzione viene fatta assai lentamente e con molta prudenza tanto più che il paziente durante la manovra avverte forti dolori al torace che diventano assai violenti più tardi e che si calmano solo dopo iniezione di morfina.

La presenza di aderenze pleuriche, confermata anche dalla radioscopia, impedisce in modo assoluto la continuazione del pneumotorace.

Il 17 giugno il bambino è assai migliorato nel suo stato generale e non avverte più alcun disturbo subiettivo. All'esame del torace si trova: reticolo venoso notevolmente diminuito, la regione pettorale è molto meno prominente, il fremito vocale tattile si apprezza normalmente. Anteriormente la percussione nella regione sotto-

claveare dà suono abbastanza chiaro. Persiste invece ipofonesi sottoascellare sinistra fino al IV spazio sull'ascellare anteriore. All'ascoltazione respiro aspro e qualche ronco diffuso.

Il 5 luglio il bambino lascia l'Ospedale in ottime condizioni generali e la radiografia del torace dimostra che la cisti ha tendenza a diminuire.

Il 30 luglio si rivede il bambino in ottimo

Radiogramma N. 3.

stato di salute ed una radiografia del torace fa notare che la cisti polmonare, completamente retratta, è ridotta ad una lieve opacità a margini sfumati (vedi III radiogramma).

Dalle varie statistiche pubblicate in questi ultimi tempi e che concernono le varie localizzazioni della cisti di echinococco, sia nell'infanzia, sia nell'età adulta, si rileva che la localizzazione più frequente a tutte le età è quella del fegato, cui segue subito, ma a notevole distanza, la localizzazione polmonare. Secondo una statistica di Vegas su 419 casi di cisti polmonari solo 32 e cioè il 7,6 % appartengono ai bambini dai 3 ai 15 anni. Secondo Zerbino invece si ha il 15 % di localizzazioni polmonari nelle cisti osservate nell'infanzia. Vitetti nella sua statistica arriva al 30 %. Dallo studio dei casi descritti in letteratura risulta che l'echinococco si incontra con maggior frequenza nei lobi inferiori e più spesso nel polmone destro. I diversi autori che si sono occupati dell'argomento concordano nell'affermare che le cisti dell'età infantile sono in genere cisti semplici, uniloculari, a pareti flessibili, non molto fibrose, ma quasi sempre prive di qualsiasi degenerazione.

E' noto che la cisti di echinococco va soggetta a complicazioni, e fra queste, le più frequenti sono la suppurazione e la rottura. La suppurazione si presenta nel bambino meno frequente di quello che non si abbia nell'adulto, ma nelle cisti polmonari si ha una più alta percentuale di forme suppurate, forse in rapporto alla maggiore frequenza di fatti bronchiali e bronco-polmonari nell'età infantile. Quando la cisti ha raggiunto grandi dimensioni ed una certa tensione può verificarsi la rottura nei bronchi, nella pleura o nel pericardio e dare la morte per soffocazione o per paralisi cardiaca. E' raro che essa avvenga attraverso la parete toracica. La rottura della cisti è frequente e può avvenire spontaneamente o per un forte colpo di tosse o per un trauma o durante una malattia dell'apparato respiratorio. Raramente avviene in seguito a puntura.

La prognosi dell'echinococco polmonare è sempre grave (Cranwel e Vegas) dubbiosa perfino nei casi più fortunati in cui il contenuto della cisti viene espettorato. Secondo Morquio invece la vomica è curativa nel 90 % dei casi. Quando la cisti è abbandonata a sè stessa, nella maggior parte dei casi si costituisce uno stato simile alla tisi, con fenomeni di deperimento grave, sudori profusi e abbondante espettorato, che conduce fino all'esito letale.

La cura classica dell'echinococco polmonare è la cura chirurgica: qui le statistiche non sono concordi perchè, mentre alcuni (Savain, Hearn) danno cifre assai alte di mortalità fino al 50 %, altri, e da noi Antonelli, arrivano al 90, 95 % di guarigioni operatorie.

Però l'operazione non rappresenta sempre la guarigione completa della cisti, perchè come è noto anche dopo l'atto operativo si può sviluppare una nuova cisti nel tessuto cicatriziale. Questa diversità di risultati è senza dubbio in rapporto con diversi fattori fra i quali è da tenere presente, a parte l'abilità dell'operatore, la grandezza della cisti, la sua localizzazione, l'eventuale suppurazione, lo stato generale del soggetto. Certo l'operazione, per quanto la tecnica sia molto migliorata, è grave e molto traumatizzante specialmente per i bambini.

L'idea di curare le cisti di echinococco per mezzo dell'aspirazione del liquido è sorta dalla constatazione di casi di guarigione avvenuti dopo puntura eseguita per errore di diagnosi, di cui il più frequente è quello con la pleurite essudativa. Schmitt comunicò nel 1885 un caso di echinococco del polmone osservato in una bambina di otto anni, in cui per avere fatto diagnosi di pleurite essudativa destra, fu praticata una toracentesi con fuoruscita di cmc. 400

di un liquido chiaro come acqua, con presenza di scolici nel sedimento. Lo stato generale migliorò dopo quell'unica puntura e senza altri incidenti seguì la guarigione. E come questo esistono in letteratura altri casi simili che ritengo superfluo riferire.

Non sembrando però che la semplice puntura della cisti potesse portare la guarigione, si pensò di iniettare sostanze diverse, che avessero la proprietà di uccidere il parassita (tintura di iodio, alcool, acido fenico; naftolo, sublimato ecc.). Nel 1897 il Baccelli pubblicò il suo metodo di cura delle cisti che consisteva nell'aspirazione e nelle successive introduzioni nel cavo cistico di una soluzione di sublimato corrosivo all'uno per mille. Il metodo accolto con entusiasmo fu tentato su larga scala e provocò in modo indubbio dei successi terapeutici; ma il fervore andò attenuandosi allorquando apparvero le prime comunicazioni di casi di morte provocati dalla semplice puntura. I pericoli della puntura, dovuti a fenomeni di anafilassi per assorbimento di liquido cistico, sono reali e non intendo in questa mia nota diminuirne l'importanza, ma credo che il timore della puntura abbia un po' esagerato i pericoli; è noto che una iniezione endovenosa di Neosalvarsan può provocare anche la morte in un soggetto ipersensibile, eppure quelle iniezioni vengono fatte su larga scala e senza eccessive preoccupazioni. Del resto autori anche autorevoli non si sono peritati di ricorrere alla puntura delle cisti sia a scopo diagnostico che curativo.

Cattaneo riferisce nella sezione Lombarda del Congresso di medicina nel 1911 il caso di un bambino di sette anni e mezzo con cisti di echinococco del fegato, in cui furono eseguite numerose punture senza inconvenienti. Baccarani in cinque casi di cisti praticò punture esplorative e solo in un caso (bambina di otto anni) ebbe fenomeni di anafilassi gravi, ma non mortali. Longo in un caso pubblicato di cisti di echinococco del polmone e contemporaneamente del fegato, praticò tre volte la puntura della cisti toracica e ben nove volte quella epatica, senza inconvenienti gravi. Devè parlando della cura della cisti consiglia una iniezione parassicida che mette l'operatore al coperto d'una recidiva operatoria.

Morquio in caso di dubbio diagnostico, anche dopo la radioscopia, consiglia la puntura; essa deve essere considerata come necessaria in alcune circostanze cliniche particolari; non farla, può essere cosa più dannosa che il farla.

Alcuni autori fra cui il Fränkel ritennero il metodo Baccelli pericoloso anche per i fatti di intossicazione a cui può dar luogo il sublimato. Però il metodo fu ampiamente sperimentato anche nei bambini dal Bokai (riportato dal Longo), e con esito brillantissimo, senza aver dato mai il più piccolo inconveniente.

Anche nel nostro caso le iniezioni furono sopportate benissimo ed il sublimato non provocò il più piccolo disturbo (esame di urine sempre negativo).

Afferma il Longo che le iniezioni endocistiche di sublimato corrosivo rappresentano un potente sussidio terapeutico contro le cisti uniloculari e non sono da temere sintomi di intossicazione, anche in soggetti di giovane età. Egli cita il caso di una bambina di nove anni affetta da cisti di echinococco del fegato trattata con successo col metodo Baccelli.

E' necessario però che la puntura della cisti sia circondata da speciali cautele inerenti sia al malato, sia alla tecnica dell'iniezione. Un soggetto che presenti una Weimberg ed una Casoni positive dimostra per certo uno stato di ipersensibilità e va trattato con estrema prudenza, potendo reagire con lo choc anafilattico. Io credo che si possa riuscire a prevenire o ad attenuare lo choc trattando il soggetto con sostanze che l'esperienza ha dimostrato utili allo scopo, come il cloruro di calcio, l'iposolfito di soda, l'adrenalina ecc., sia per iniezioni come per bocca. Pontano (1930) partendo dal concetto che l'intradermoreazione e la sottocutaneoreazione fossero l'indice della esagerata reattività individuale, ha tentato di ananafilassare i soggetti inoculando, con intervalli diversi, dosi progressive di liquido cistico, ma i suoi tentativi non sembra siano riusciti dimostrativi.

Per la tecnica della puntura mi sono regolato nel modo seguente: malato tenuto in posizione quasi seduta, col fianco corrispondente alla cisti rivolto verso l'operatore e il braccio rialzato e poggiato sul capo. Ho praticato la puntura della cisti nella sua parte più alta, regolandomi con i segni obiettivi della percussione e coll'esame radioscopico. Ad evitare la reazione dolorosa e il conseguente aumento della pressione endocistica, ho ritenuto ncessaria l'anestesia locale novocainica. Come ago da puntura ho preferito un ago comune da puntura lombare. Circa la quantità di liquido da estrarre con la puntura Longo ritiene che i fenomeni di intossicazione si abbiano con maggior frequenza quando si estrae poco liquido, perchè non modificandosi gran che la pressione della cisti, si mantiene beante l'orificio praticato dall'ago, da cui può veri-

ficarsi un certo versamento di liquido nella pleura, con le eventuali conseguenze. Anche Morquio è dello stesso parere e consiglia di aspirare la maggior quantità di liquido per evitare la rottura della cisti e diminuire gli effetti dell'invasione bronchiale.

Nel caso descritto ho aspirato 30 cmc. di liquido alla prima puntura, poi 50 cmc. ed infine 150 cmc. alla terza puntura. Il liquido estratto la seconda volta presentava già un certo intorbidamento dovuto ad una flogosi asettica, che per un processo di formazione di un tessuto connettivo cicatriziale, può portare alla guarigione della cisti.

Il pneumotorace artificiale fu inizialmente praticato in caso di difficile diagnosi per precisare la sede della cisti e fu il Vallardi per il primo ad adoperarlo nell'echinococco polmonare. Il Bianco Averedo propose fin dal 1922 il pneumotorace artificiale nel trattamento incruento delle piccole cisti ilari, per le quali l'atto operativo può presentare difficoltà enormi. Il Ricciuti fin dal 1917 si propose di praticare il metodo Baccelli e poi immediatamente istituire il pneumotorace artificiale per produrre il rapido collasso della parete cavitaria. Nel 1920 l'Alexander adoperò la cura pneumotoracica, cui fece seguire a tempo opportuno la cura chirurgica. Il Gimbert di Cannes ha proposto il pneumotorace come pratica curativa di urgenza nelle emottisi gravi da cisti di echinococco del polmone. Antonucci, nella sua pregevole monografia sulle cisti di echinococco del polmone, ha proposto come suo metodo di cura il pneumotorace artificiale immediatamente dopo l'operazione, secondo il processo consigliato da Morelli nelle ferite di guerra, allo scopo di evitare l'infezione della cavità residuale. Nel 1926 Morquio ha impiegato il pneumotorace con buoni risultati in alcuni casi con grandi cavità cistiche e ad evoluzione lenta. Ricorse a questo metodo in un caso grave con emottisi ripetute, suppurazione di una cisti a grande cavità, e febbre alta; ebbe la sorpresa di notare la riduzione rapida della cisti, con sparizione di tutti i fenomeni dopo tre sedute, fino alla completa guarigione.

Il pneumotorace non avrebbe altro scopo che quello di facilitare la guarigione della cisti facendo meglio collabire le sue pareti le quali, come risulta all'esame anatomo patologico, si presentano più ispessite nelle forme suppurate, per effetto della reazione del tessuto polmonare circostante.

Nel caso riferito dobbiamo riconoscere che le iniezioni di sublimato nel cavo cistico hanno prodotto, in periodo relativamente breve, la guarigione della cisti, che viene confermata dalle numerose radiografie eseguite nei diversi periodi della malattia e di cui per brevità riportiamo le più dimostrative. E' da notare come fatto importante che la diminuzione della cisti prosegue anche dopo avere cessato le aspirazioni del liquido come se essa non fosse soltanto da attribuire alla quantità del liquido aspirato, ma all'azione parassicida della sostanza iniettata che è riuscita a debellare il parassita. E' notorio che una cisti ancora viva non si arresta, ma prosegue nella sua continua e lenta evoluzione.

Quanto invece possa avere influito il pneumotorace nella guarigione della cisti, non è lecito poter dire, dal momento che fu necessario sospenderlo dopo due sole applicazioni, a cagione delle numerose aderenze pleuriche.

P.S. A distanza di circa 15 mesi dalla puntura della cisti, un'ulteriore osservazione del ragazzo di nuovo ricoverato in medicina (VI Padiglione) e poi in chirurgia (II Pad.) ha pienamente confermato l'avvenuta guarigione della cisti, che all'esame radiografico risulta ridotta ad una piccola ombra sfumata, dovuta al processo cicatriziale.

Luglio, 1930.

N. B. Si fa presente che le tre radiografie riportate sono state riprodotte dal lato posteriore.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce il caso di una cisti di echinococco del polmone sinistro in un ragazzo di 13 anni, che fu trattata con successo con il metodo Baccelli e con due applicazioni di pneumotorace artificiale.

BIBLIOGRAFIA.

ANTONUCCI C. *Echinococco del polmone*. Tip. Garroni, 1923.

BACCARANI L. Arch. It. di Chirurgia, vol. 17, 73, 96, 1927.

BACCELLI. Suppl. Policlinico, 1897-1898.

CATTANEO. Congresso di Medicina, 1901.

CERVESATO D. *Dell'echinococco nell'età infantile*, 1889.

CRANWELL D. e M. H. VEGAS. *Il trattamento delle cisti idatidee*, 1910.

DEVÉ. Arch. de Méd. des enfants, 1918.

GENOVESE. Pediatria, 1922.

LONGO. *Sopra un caso di echinococco in un bambino di 4 anni*. Riforma Medica, 1907, n. 10.

MORQUIO. Arch. de Méd. des enfants, 1926, n. 1.

VITETTI G. *Considerazioni cliniche e biologiche sopra 59 casi di cisti di echinococco nei bambini*, 1928.

ZERBINO V. II Congresso Americano del Nino, tomo II. Montevideo, 1919.

NOTE DI TECNICA

Reumatismo articolare acuto - Cataforesi salicilica.

Prof. Bellandi.

Non v'è dubbio sul trasporto degli ioni attraverso la cute col passaggio della corrente Galvanica, occorre però l'opportuna situazione di essi ioni ai poli. Così gli ioni salicilici devono trovarsi al polo negativo per passare i vari tessuti ed andare verso il polo positivo essendo essi anioni.

Dunque se si vuol usare la medicazione salicilica, tanto efficace nel reumatismo, anche direttamente, *loco dolenti*, mediante la corrente Galvanica, è il polo negativo imbevuto di soluzione salicilica che deve essere posto sulla parte malata e dolente. Ciò però si direbbe subito controindicato per l'azione eccitante del polo negativo, mentre è sedativa analgesica quella del positivo. Senonchè e non sarebbe il solo caso di medicazione che non attenua immediatamente il dolore, anzi l'aumenta là per là, per averne bensì poi un profitto reale; e l'applicazione elettrica non è tale da mantenere durante tutta la sua durata il polo negativo sulla parte dolorosa. Infatti è noto che si dispongono, mediante i reofori, i poli da un lato e dall'altro dell'articolazione, e che di questi, per sviluppare effetti catalitici, si fa spesso il rovesciamento con il commutatore di corrente; non v'è allora che cominciare col porre il polo positivo sulla parte dolente e utilizzare così gli effetti sedativi analgesici di esso, pur non avendosi il passaggio degli ioni salicilici; questo passaggio si otterrà poi rovesciando i poli.

Preparata dunque una soluzione concentrata di salicilato di sodio, se ne imbevono due tamponi di cotone, e si applicano uno ad ogni lato dell'articolazione; su di essi si adattano i poli della corrente Galvanica con l'anode sul punto dolente; la corrente vien fatta passare aumentandola progressivamente e non si arriva oltre i milliampères 2,5-3, regolandosi anche con la sensibilità del paziente; dopo circa un minuto si ferma la corrente e si invertono i poli per dar passaggio così a corrente durante un minuto e mezzo a due; si seguita in tal modo alternativamente per 5-10-15 m' accrescendo la durata via via nelle varie sedute.

Si somministra contemporaneamente i preparati salicilici per bocca, di preferenza l'acido acetil-salicilico (aspirina, italaspirina, diaforil, litiofene, ecc.), e la parte, dopo l'elettroterapia salicilica, si unge con pomata al salicilato di metile, e si ricopre di flanella.

È sorprendente l'azione benefica ottenuta fin dalla prima applicazione elettrica, e l'indomani si nota subito la diminuzione del turgore e la possibilità di qualche piccolo movimento. Con altre due o tre applicazioni sembra miracoloso avere ottenuto quasi la completa detumefazione e quindi la mobilità in un arto, ad esempio, prima inerte e tanto dolente, così in pochi giorni si ha la guarigione di un'affezione che richiede invece settimane di cure solite ed in mezzo a lunghi spasimi.

È da interpretare che oltre agli effetti catalitici ottenuti per il cambiamento via via dei poli, e quindi per l'idrolisi degli anioni con sviluppo di acidi che disciolgono localmente le eventuali precipitazioni di acido urico e ne impediscono altre, si abbia l'azione specifica degli ioni salicilici trasportati con la corrente Galvanica, cataforesi, sui tessuti affetti da reumatismo.

Viareggio, 7 novembre 1930 - IX.

RIASSUNTO.

L'A. descrive la tecnica opportuna per la medicazione del reumatismo articolare acuto con la cataforesi salicilica, che dà meravigliosi risultati.

RIVISTA SINTETICA

La dieta Sauerbruch-Hermannsdorfer-Gerson nella tubercolosi.

La questione del trattamento dietetico nella tubercolosi, quale è stata proposta da Sauerbruch, Hermannsdorfer e Gerson è quanto mai viva nei paesi di lingua tedesca, fra gli entusiasti sostenitori, che vedono aprirsi per essa una nuova èra nella terapia della tubercolosi e quelli che la considerano insufficiente, inutile od anche dannosa. Il gran numero di lavori comparsi sull'argomento (la bibliografia citata è ben lungi dal comprenderli tutti) dimostra l'interessamento preso alla questione, che viene largamente trattata anche nella stampa politica, nelle riviste di varietà, con articoli di volgarizzazione, che fanno nascere speranze e, nella mente del pubblico, creano pericolose illusioni. Non sembra però che in altri paesi sia stata studiata ed applicata e, salvo recensioni od informazioni, la stampa scientifica non tedesca se ne è scarsamente occupata.

Il *Policlinico* si è già occupato dell'argomento (1); in considerazione dell'importanza di questo e delle controversie a cui ha dato luogo, crediamo utile informare i lettori dello stato attuale della questione.

LE BASI SCIENTIFICHE.

Le basi principali su cui poggia il trattamento dietetico di Sauerbruch-Hermannsdorfer-Gerson (che per brevità citeremo con le sigle adottate altrove S. H. G.) consistono anzitutto nel fornire una dieta ipoclorurata (lasciando il solo NaCl naturalmente contenuto negli alimenti, una quantità totale di circa 3 grammi al giorno), un'abbondante quantità di vitamine, fornite in forma di frutta e di vegetali crudi ed una certa quantità di liquidi che, nelle primitive prescrizioni di S. H. (come in quella attuale di Gerson) era abbondante, ma che attualmente viene ridotta al minimo. Oltre a ciò, nell'intento di sostituire degli elettroliti utili a quelli ritenuti dannosi, si pratica la così detta « transmineralizzazione » mediante un preparato speciale, il « Mineralogen » che costituisce, secondo alcuni, un elemento essenziale della cura. Si verrebbe così, specialmente per lo spostamento dal lato acido dell'equilibrio acido-base, a creare delle condizioni, da un lato sfavorevoli al bacillo, dall'altro favorevoli al paziente, per cui si otterrebbero miglioramenti ed anche guarigioni nelle diverse forme di tubercolosi, oltre che in quella cutanea, nella osteo-articolare ed anche nella polmonare.

È anzitutto da osservare che, tramontata ormai la teoria della demineralizzazione degli autori francesi (Robin) che si ha soltanto, ed in misura limitata, nei casi acuti, si è venuti riconoscendo che il ricambio minerale non è turbato nel tubercoloso ancora capace di nutrizione e che, d'altra parte, è ben difficile che esso possa essere influenzato dalla somministrazione del Mineralogen il quale, fra l'altro, contiene delle sostanze (solfato di calcio) del tutto insolubili e quindi inutili. L'aumento della quantità di calcio e della colesterina nel sangue è probabilmente riferibile al contenuto vitaminico della dieta.

Uno dei punti più importanti e più controversi della questione riguarda la *somministrazione di sale*. Sotto tale punto di vista, è bene tener presente che S. e H. sono partiti essenzialmente dai risultati favorevoli ottenuti con la dieta ipoclorurata nelle ferite e l'hanno quindi applicata al lupus ed alla tubercolosi cutanea.

È verisimile che il lupus possa guarire con la sottrazione del sale, ciò che può spiegarsi con i fenomeni di osmosi. Il sale, che si introduce con gli alimenti, ha grande affinità per la cute e le ghiandole annesse (del sudore, lacrimali, della mucosa nasale) e vi si deposita attirando i liquidi per fenomeni di osmosi. Con la sottrazione di sale si vengono a deacquificare i tessuti e si stabiliscono così delle condizioni poco favorevoli per la vita dei germi. Sotto tale punto di vista, la sottrazione del sale è utile altresì per la diatesi essudativa e per diverse affezioni cutanee, specialmente per l'eczema, e si comprende quindi che sia utile anche nel lupus e nella tubercolosi cutanea, tanto più che il bacillo tubercolare trova nella cute delle condizioni di vita poco favorevoli.

Ma ben diversamente vanno le cose per la tubercolosi polmonare. Il tessuto polmonare non ha l'affinità, caratteristica per la cute, per il NaCl, di cui contiene pochissima quantità. D'altra parte, il bacillo tubercolare non ha bisogno di sale per il suo accrescimento, tanto che vegeta bene anche in terreni privi di esso. Inoltre, il tubercoloso perde molto sale col sudore, con la febbre, col dimagramento, che provocano perdite minerali. Quindi, da un lato, nessun vantaggio di costituire nel tubercoloso un terreno ipoclorurato, dall'altro, la necessità di riparare le perdite subìte dall'organismo. Forse non a torto, anzi, alcuni autori (Latour, Moeller) hanno consigliato per i tubercolosi una dieta ad alto contenuto di sale.

Non è da trascurarsi il fatto che la dieta ipoclorurata può avere conseguenze dannose sulla secrezione gastrica, per il mancato apporto di Cloro, che fornisce l'elemento essenziale per la formazione dell'acido cloridrico. È bensì vero che le ricerche di Eimer hanno dimostrato che, anche dopo la continuazione della dieta S. H. G. per dei mesi, non si hanno disturbi nel chimismo gastrico, in quanto che l'organismo si adatta al diminuito

(1) *Il Policlinico*, S. P., 14 ott. 1929, pag. 1459.

apporto di Cl, diminuendo l'escrezione di NaCl con le urine, sicchè non si arriverebbe alla penuria di NaCl nell'organismo e di HCl nel succo gastrico. La secrezione di HCl verrebbe poi favorita, secondo Eimer, dall'uso di frutta crude e di succhi di verdura, il che è da ritenersi problematico.

È poi necessario mettere in evidenza il fatto che, con l'abbondante somministrazione di vegetali, quali si fa con la dieta S. H. G., si ha una maggiore eliminazione di NaCl e, quindi, una vera *fame di sale* nell'organismo.

Un'ipotesi amena sul meccanismo d'azione della dieta ipoclorurata è stata emessa da Raat. Questi ammette che si ottiene, in tal modo, l'acloridria, la quale porta come conseguenza un'aumentata formazione di fenoli, una vera « autofenolizzazione » dell'organismo, che avrebbe un'azione terapeutica reale nella tubercolosi e nella lebbra.

Controversa è la questione dell'*equilibrio acido-base* che, secondo i sostenitori della dieta, si sposta dal lato acido, mentre altri sostengono che essa provoca tendenza all'alcalosi. S. e H. osservano che ciò dipende dal genere di dieta fornita nel primo periodo; se essa è alcalina, si ha l'acidificazione.

La formazione dell'ambiente acido sarebbe poi favorita con la somministrazione del Mineralogen. Contro questo prodotto si appuntano molte critiche, sia per il segreto con cui viene circondato, sia per l'altissimo prezzo (L. 22 circa per ogni 100 grammi; il consumo è di circa 15 grammi al giorno), sia infine sulla sua inutilità.

Secondo le analisi di Griebel e Miermeister, esso consterebbe per un terzo di lattato di calcio, un altro terzo di sfosfato di calcio e per il rimanente di bromuro di Ca, solfato di Ca, sali di bismuto, acido silicico, albumina, amido.

Secondo i sostenitori della dieta, esso è indispensabile per la riuscita della cura, mentre altri autori (Bremer e Schüller) pure favorevoli al regime lo giudicano superfluo e ritengono che ad esso non possa ascriversi nessuna azione ben riconoscibile nella tubercolosi.

Anche l'*abbondante somministrazione di vitamine* è soggetta a critiche. L'accordo è generale sulla necessità di dare delle vitamine ai tubercolosi, ma non si vede la necessità di fornirne un eccesso, che rimane inutilizzato.

Bisogna poi tener conto che, per somministrare le vitamine, si deve dare una forte quantità di vegetali e di frutta crude, alimenti ricchi di scorie e quindi poco digeribili, che affaticano l'apparato gastro-intestinale del tubercoloso il quale ha, invece, grande bisogno di essere risparmiato.

Fra gli stessi sostenitori del metodo, vi sono poi dei dissensi abbastanza notevoli. Così S. e H. consigliano ora una dieta quasi secca, mentre Gerson fornisce un'abbondante quantità di liquidi, circa 2 litri al giorno, costituiti da succhi di verdure, con esclusione di ogni altra bevanda. I primi concedono 70-80 grammi di albumina al giorno, mentre Gerson la vorrebbe limitata, in certi casi, a 35-40. Gerson, poi, non limita le indicazioni della dieta alla sola tubercolosi, ma le estende a molte altre malattie, specialmente croniche (asma bronchiale, ipertonia, blenorragia, artrite deformante, paradentosi, ecc.). Pure essendo oggi lontani dai tempi delle diete di ipernutrizione esagerata per i tubercolosi, non si può non rimanere dubbiosi di fronte a quantità tanto scarse di albumina e di carboidrati che si somministrano con la dieta di Gerson.

L'aumentato fabbisogno del tubercoloso in albuminoidi ed in carboidrati rende necessaria la somministrazione sufficiente dei primi per mantenere l'equilibrio azotato e dei secondi specialmente per aiutare la combustione dei grassi (che nella dieta S. H. G. sono forniti in abbondanza) altrimenti si va incontro alla formazione dei corpi cetonici.

Un altro dissenso fra S. H. e Gerson consiste in ciò che quest'ultimo ritiene che la dieta rappresenti una stimolo-terapia e che, quindi, non possa essere associata a nessun'altra cura (pneumotorace, raggi ultravioletti nel lupus, medicazione sintomatica) mentre Sauerbruch ed Hermannsdorfer ritengono che queste siano utili e consigliabili.

I RISULTATI PRATICI.

Alle divergenze teoriche, corrispondono quelle che si hanno nel campo pratico.

Alcune riguardano anzitutto le difficoltà che si hanno per poter fare accettare e continuare la dieta ai malati. Moeller ha osservato non soltanto la perdita di appetito, che è quasi costante, ma anche un malessere notevole, pallore, vomiti frequenti, debolezza fisica e mentale. Diversi autori fanno rilevare che parecchi malati si rifiutano in modo assoluto di continuare la dieta; il che sarebbe da attribuirsi, secondo i sostenitori, a difettosa preparazione culinaria, che deve essere molto accurata per far tollerare la dieta.

Sulla difficoltà di tale preparazione, tutti sono concordi, sostenendo la necessità di una stretta collaborazione fra il medico, l'infermiera e la cuoca.

Un ostacolo tutt'altro che indifferente è il grave costo della dieta che è della metà superiore a quello, già elevato, in uso per i tubercolosi.

Per quanto riguarda i risultati ottenuti, i pareri sono abbastanza concordi per il lupus e la tubercolosi cutanea, sebbene non manchino anche per queste malattie numerosi insuccessi (Köhler), che da S. H. G. vengono attribuiti specialmente al fatto di avere introdotto arbitrarie modificazioni alla dieta stessa o di non averla continuata abbastanza a lungo.

Mecklenburg, a proposito di quest'ultima giustificazione della dieta, osserva giustamente che un sistema terapeutico il quale dopo 7 mesi non dia risultati visibili, può ritenersi di nessun valore.

Per dimostrare l'efficacia del metodo, Hermannsdorfer riporta una ricca documentazione iconografica, con fotografie, radiografie, tavole colorate (*Zeit. f. Tub.*, vol. 55) che fanno vedere gli effetti della cura in casi di lupus, di tubercolosi osteo-articolare, ecc. Gli avversari sono però arrivati a mettere in dubbio l'autenticità di alcune radiografie.

Molto meno evidenti sono i risultati nelle forme polmonari, per le quali Sauerbruch ammette addirittura il 50 % di miglioramenti col 30 % di individui restituiti al lavoro. Moeller, invece, prescindendo dai miglioramenti avutisi nei primi giorni — osservazione comune per tutte le cure nei tubercolosi —, non ha osservato nessuna influenza sulla temperatura, sulla tosse, sull'espettorazione, sui sudori notturni; in nessun caso scomparvero i bacilli dallo sputo.

Nè migliori risultati ottenne Mecklenburg, il quale provvide con molta cura alla preparazione della dieta, prendendo egli stesso i pasti con i suoi ammalati; ciò nonostante, egli osservò in alcuni diminuzione del desiderio di mangiare che andava fino alla nausea per i cibi. In parecchi casi, rilevò aumento di peso, anche fino a 75-100 grammi al giorno, che non sa a che cosa attribuire se ad accumulo di grasso o di acqua. Nessuna modificazione alla percussione, all'ascoltazione, all'esame radiologico. In un malato, si ebbe il raggrinzamento di una caverna, ma lo stesso fenomeno si verificò in un altro che non era stato sottoposto alla dieta; una pericondrite alle aritenoidi regredì ma, in un altro caso del tutto simile, si ebbe invece peggioramento. I bacilli nello sputo, dapprima diminuirono, poi tornarono ad aumentare e non scomparvero in nessun caso. Anche nei casi a decorso piuttosto favorevole, la velocità di sedimentazione delle emazie non subì un decorso parallelo ai miglioramenti clinici, anzi si ebbe piuttosto acceleramento.

In complesso si deve riconoscere che molti dei precedenti entusiasmi (1) sono alquanto sminuiti, il che non toglie che la dieta proposta non possa riuscire utile in alcune determinate circostanze, purchè usata con una certa cautela.

Essa troverà le sue applicazioni specialmente nel lupus e nella tubercolosi cutanea, ma potrà anche tentarsi nelle forme osteo-articolari ed anche in quelle polmonari, scegliendo i malati più adatti, cioè quelli con tendenza all'adiposità, i costipati con iperacidità del succo gastrico. La dieta è poi adatta per quei malati in cui la presenza di nefrosi tossiche, di ipertonia, ecc. viene già a consigliare la dieta ipoclorurata.

Il malato va poi scrupolosamente seguìto, mutando la dieta quando si manifestino fenomeni di intolleranza. Si consiglia, anzi da taluno, di continuare la dieta per non oltre 4 mesi, salvo poi a riprenderla dopo un certo periodo.

Certamente non sarà facile che l'uso di tale dieta (per cui sarà bene evitare quella eccessivamente scarsa di Gerson) si venga generalizzando. Un primo grave scoglio è quello del prezzo; il tubercoloso è già un malato che costa molto ed il costo viene con la dieta S. H. G. ad essere di molto superiore.

La dieta è anche di difficile attuazione. Sauerbruch ed Hermannsdorfer dànno addirittura il consiglio che chi non è addestrato ad una lotta continua contro molteplici difficoltà si astenga da tale prova che richiede paziente e continua collaborazione del malato e del paziente. Ad ogni modo essa ci fornisce un'arma di più contro le molteplici forme della tubercolosi e specialmente contro il lupus e la tubercolosi cutanea, in cui potrà dare forse risultati che non si ottengono con altri mezzi.

A. FILIPPINI.

(1) GERSON, in una conferenza tenuta ad Hannover nel 1929, mostrò 25 malati di tubercolosi polmonare, che sarebbero guariti in 6-8 settimane. Di fronte a tali affermazioni, non solo è lecito il dubbio, ma è giustificata ogni diffidenza.

INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE.

BAER G., HERMANNSDORFER A. e KRAUSCH H. *Ergebnisse kochsalzfreie Ernährung bei Lungentuberkulose.* Un vol. di 48 pag. e 25 fig. Lehmann ed. München, 1930.

BLASSBERG M. Polska Gaz. lek. e Z. Blatt d. gesm. Tbk. forschung, 20 luglio 1930.

BREMER H. e SCHUELLER J. *Ist das Mineralogen zur erfolgreichen Durchführung d. Tbk. diät notwendig.* Münch. med. Wochens., 24 ottobre 1930.

EIMER K. *Kochsalzarme Ernährung und Magensaft-sekretion.* Deut. med. Wochens., 1930, n. 24, 13 giugno.

FALTA W. *Ist die Gerson-Diät bei Tbk zu empfohlen?* Wiener klin. Wochens., 1930, pag. 148.

GRAFE E. *Stoffwechsel und Ernährung bei Tuberkulösen.* Deut. Tbk-Tagung Norderney, 1930.

GERSON M. *Einiges zur Diätbehandlung bei Lungentbk.* Zeit. f. ärtzliche Fortbildung, 1930, num. 11.

ID. *Einige Ergebnisse d. Gerson-Diät bei Tbk.* Med. Welt, 1930, n. 23.

ID. *Grundsätzliche Einleitung zur Gerson-Diät.* Münch. med. Wochens, 1930.

HENIUS K. *Die wirksamen Faktoren der Gerson-Diät und ein Rat zur versuchweisen Anwendung.* Zeit. f. Tbk., vol. 55, pag. 319.

HERMANNSDORFER M. e H. *Praktische Anleitung zur kochsalzfreien Ernährung Tuberkulöser.* Con introduzione di SAUERBRUCH. Un vol. di 37 pag. III ed. Barth ed. Leipzig, 1930.

KOEHLER B. *Ernährungsbehandlung bei Tbk.* Münch. med. Wochens., 24 ott. 1930.

KULCHE. *Gerson-Hermannsdorfer-Sauerbruch Diät und ihre Beziehungen zur Lehmannschen Diät.* Med. Klinik, 1930, n. 6.

Mecklenburg M. *Chemisch-biolog. Untersuchungen bei Lungentbk. die nach Hermannsdorfer ernährt wurden.* Deut. med. Wochens., 1930, num. 24.
Id. *Beobachtungen bei cronisch-Lungentbk. nach längerem Gebrauch der Sauerbruch-Hermannsdorfer Kostform.* Zeit. f. Tbk., vol. 57, n. 1-2, 1930.
Moeller A. *Die Gefahren der salzfreie Kost bai Lungentbk.* Deut. med. Wochens., 15 ag. 1930.
E. de Raadt. *Welcher Faktor bedingt die Heilwirkung der S. H. G. Tuberkulosediät?* Wiener med. Wochens, 1930, n. 24.
Sauerbruch F. e Hermannsdorfer A. *Ein klärendes Wort zur ablehnenden Kritik der Ernährungsbehandlung der Tuberkulose.* Munch. med. Wochens., 24 ott. 1930.
Schroeder G. *Stoffwechsel und Ernährung bei Tuberkulösen.* Deut. Tbk-Tagung, Nordeney, 1930.
Spies F. *Beitrag zur Diättherapie der Lungentbk. nach G. S. H.* Zeit. f. Tbk., vol. 55, pag. 317.
Strauss H. *Gefahren der salzarmen Ernährung.* Fortschritte Therap., 1930, pag. 70.
Wiechmann P. *Stoffwechsel und Ernährung bei Tuberkulösen.* Deut. Tbk-Tagung. Nordeney, 1930.
Ziegler O. *Die Gründe der Ablehnung der salzlosen Diät durch die Tuberkuloseheilanstalten.* Deut. med. Woch., 2 genn. 1931.

SUNTI E RASSEGNE.

FISIOLOGIA.

Fisiologia del lavoro muscolare.

(B. Bottazzi. *Gazz. Osped. Clin.*, n. 41, ottobre 1930).

Il concetto fisiologico di lavoro non coincide perfettamente col concetto fisico. Per i fisiologi un muscolo lavora quando, eccitato, trasforma energia chimica in una certa quantità di tensione per un certo tempo; esiste quindi un lavoro muscolare statico come un lavoro muscolare dinamico.

Oltre ciò bisogna distinguere un aspetto quantitativo del lavoro, ed un aspetto qualitativo; inoltre l'attività motoria impone due gruppi di problemi da investigare: il ciclo dei processi biochimici e termodinamici muscolari, e le reazioni adattative dell'organismo intero alle condizioni che a questo il lavoro impone.

Qualche anno fa era stata accettata con molto credito la teoria di Embden per i processi biochimici e termodinamici. Seconda tale A. lo stimolo produceva la scissione d'una sostanza, composta di glicosio ed acido fosforico, detta lattacidogeno ed acido fosforico. L'acido lattico è la causa della contrazione; la sua neutralizzazione con gli alcali preesistenti nel muscolo determina il rilassamento.

Nei muscoli a riposo, ed anche dopo lavori moderati, non è dimostrabile acido lattico nei muscoli, il quale vi si ritrova in quantità notevole quando i muscoli lavorano in condizioni anaerobiche, o quando per un lavoro forte e prolungato occorre per la restaurazione una quantità di ossigeno superiore alla formazione dell'acido lattico.

Ulteriori ricerche hanno un po' scosso la fondamentale teoria di Embden; sembra che il lavoro non produca uno spostamento della reazione verso l'acidità, ma verso l'alcalinità, all'inizio della contrazione; causa della quale non sarebbe più l'acido lattico, ma l'ammoniaca, la cui formazione dovrebbe inserirsi tra la scissione della fosfocreatina e l'inizio della contrazione.

La contrazione muscolare, sia semplice sia addizionale, per regolare i suoi atti in modo da produrre gli atti volontari, ha bisogno della cooperazione di diversi fattori; il primo di essi consiste nel fatto che i muscoli agiscono di regola associati in gruppi agonistici; inoltre la tensione che i muscoli sviluppano dipende dal numero delle fibre che simultaneamente si contraggono, da quella che da Fulton è indicata come addizione quantale.

A questa forma di regolazione si sovrappongono la coordinazione nervosa riflessa e centrale dei movimenti, dipendente dalla innervazione sensomotoria, che comprende i riflessi propri di P. Hofmann ed i riflessi adattivi di Weisracker.

Per la combustione organica che deve fornire al muscolo l'alimento necessario provvede l'alimentazione, la cui biochimica deve essere ben considerata per ottenere quanto è richiesto individualmente ad ogni lavoratore.

L'attività muscolare produce delle modificazioni nella respirazione, con un maggior consumo di ossigeno, per l'accelerato metabolismo totale.

Il consumo dell'ossigeno dipende non solo dall'intensità, ma anche dalla velocità con cui si compie il lavoro muscolare.

Opposto alla fatica è il processo di restaurazione, la cui conoscenza è di grande importanza per poter stabilire quelle regole necessarie al ripristino delle condizioni prima del lavoro; è confermato però che l'allenamento produce un minimo sciupio di lavoro, e quindi il lavoro muscolare si compie più economicamente.

La necessità da parte del sangue di fissare maggior quantità di ossigeno dopo un lavoro, produce una maggior frequenza sistolica e l'aumento del volume sistolico del sangue; tali aumenti sono minori negli allenati.

Anche la pressione arteriosa, specie la sistolica, aumenta dopo il lavoro muscolare, aumento messo in rapporto con il restringersi dei vasi viscerali e l'aumentare del volume sistolico e della viscosità del sangue.

L. Carusi.

ONCOLOGIA.

Stato attuale del trattamento dei tumori maligni con le radiazioni.

(REGAUD. *El Dia Médico*, n. 15, nov. 1930).

Dopo aver tracciato una breve storia della Radio e Radiumterapia e del cammino da essa fatto negli ultimi anni l'A. che nell'Istituto Radioterapico dell'Università di Parigi, ha acquistato larga esperienza in questo campo, passa a dividere praticamente i tumori in due gruppi:

1) i curabili in principio, nei quali il successo radioterapico è frequente;

2) i non curabili in generale, nei quali le probabilità di successo sono minime.

Analizza quindi il primo gruppo suddividendolo in:

Cancri cutanei: in un primo tempo si osservò che solo il tipo basocellulare era sensibile alle radiazioni mentre il tipo spinocellulare più maligno, era particolarmente resistente ad esse; oggi, con la moderna tecnica, ambo i tipi sono trattati con esito quasi costantemente favorevole.

Cancro del labbro: frequente specialmente nell'uomo ed al labbro inferiore, appartiene alla varietà epidermoide spinocellulare con tendenza alla cheratinizzazione.

L'A. ha trattato, dal 1919 al 1926, 116 casi di cancro del labbro, la maggior parte con il radium; i casi sono stati seguiti almeno per 3 anni dalla data dell'applicazione terapeutica. Contò in tutto 67 guarigioni complete (57,7 %) e 16 guarigioni locali. Da notare che la percentuale di guarigioni è altissima per gli interventi precoci mentre è quasi nulla nei casi curati tardivamente ed in cui il cancro ha già invaso il mascellare.

Cancri intrabboccali: epidermoidi, molto simili per struttura ai cancri cutanei e labiali, si presentano principalmente alla lingua, meno frequentemente al palato, pilastri, mucosa geniena. La chirurgia ottiene in questi casi una bassa percentuale di successi. Una delle circostanze che peggiora il pronostico è la presenza precoce di adenopatie satelliti.

L'A. ha, dal 1919 al 1926, trattato 214 casi dei quali il 47 % sono guariti del tumore linguale, ma di questi quasi la metà (21 %) hanno soggiaciuto all'invasione ghiandolare.

Rimane quindi guarigione completa controllata per 3 anni nel 26 % dei casi. Solo un 12 % dei casi suddetti si sarebbe potuto considerare curabile chirurgicamente.

Cancri del faringe: in questi casi in cui la chirurgia quasi sempre fallisce, l'A. ha ottenuto la notevole percentuale del 25 % di guarigioni.

Cancri del collo dell'utero: 418 casi seguiti per 5 anni, 94 guarigioni (22 %). Anche qui la percentuale varia a seconda dello stadio del processo. Dal 46 % di guarigioni dei cancri limitati al collo dell'utero scende al 2 % nei cancri con invasione progressiva del perineo.

Da notare il fatto che tutti i cancri curabili con le irradiazioni appartengono alla grande varietà dei cancri epidermoidali.

Il cancro dell'esofago non è curabile con i raggi, sia per la sua situazione profonda, sia per la sua vicinanza ad organi importanti che non possono essere irradiati senza danno.

Fra i tumori non curabili o con remota probabilità di esserlo vi sono:

I cancri glandolari, in generale, di marcata radioresistenza, quali i cancri dello stomaco e del retto.

I sarcomi, in cui si hanno risultati variabili: alcuni, linfosarcomi e mielosarcomi, sono sensibilissimi e si liquefanno quasi sotto l'azione dei raggi, altri (gli osteogenici) sono radioresistenti.

Sono insomma suscettibili di trattamento Radio e Radiumterapico con esito favorevole i cancri epidermoidali ad eccezione di quelli dell'esofago.

Sono invece cattivi i risultati ottenuti nel campo dei cancri ghiandolari e dei sarcomi in generale. G. LA CAVA.

Ereditarietà e natura del cancro.

(F. BERNSTEIN. *Med. Klinik*, n. 43 e 44, 1930).

Ricerche accurate su ceppi di topi di cui si è potuto determinare attraverso generazioni la disposizione o meno al cancro spontaneo, dimostrano che l'ereditarietà del cancro segue alcune leggi ben definite. Vi sono infatti dei ceppi di topi in cui il cancro appare in una determinata percentuale, e questa percentuale si conserva quasi costante attraverso le generazioni successive. Simili risultati si possono ottenere naturalmente soltanto esperimentando su grandi gruppi di animali tutti dello stesso ceppo: il metodo migliore è quello di conservare tutte le femmine di una covata uccidendo invece i maschi ad eccezione di uno solo, che si farà incrociare con tutte le femmine; allo stesso modo si procede per le generazioni successive. Ricerche di tal genere dimostrano che la percentuale in cui nelle generazioni di un dato ceppo si manifesta il cancro, è strettamente ereditaria; fissata dalla eredità è inoltre anche la età in cui si manifesterà il cancro nei singoli individui. Alcune ricerche sperimentali e qualche osservazione clinica sembrano indicare che è fissata dalla eredità persino la localizzazione delle metastasi, oltre a quella del tumore primitivo. Un ceppo originato dall'incrocio di un topo maschio, in seguito morto per cancro mammario, con una femmina pure essa poi

morta di cancro, ha dato in quattro generazioni successive, una percentuale di cancro intorno al 77,3 %. Questa cifra va corretta nel senso di un aumento (ciò che si deve fare anche per le cifre di altri ricercatori) perchè molti topi muoiono prima di avere raggiunto l'età in cui si manifesta il cancro. Nelle generazioni nate dall'incrocio di un topo in cui poi si sviluppa il cancro, con un topo immune da cancro ma con eredità cancerosa, si osserva il cancro nella percentuale del 38,3 %; questa cifra va corretta, per le ragioni dette sopra, così da diventare circa 50 %.

Queste percentuali dimostrano chiaramente che il cancro è ereditario e che esso è legato ad un gene recessivo (R). Gli individui DR non ammalano di cancro, ma nelle generazioni nate dall'incrocio di due DR, un quarto degli individui saranno RR e quindi ammaleranno di cancro. Gli esperimenti sopra nominati sono fatti su incroci di due RR (cancro osservato nel 77,3 % dei casi) e su incroci di un DR e un RR (cancro nel 38,3 %, la cifra corretta diventa 52,2 %; la cifra teoricamente calcolata, sarebbe 56,2 %). I risultati discordi ottenuti da altri ricercatori dipendono dal fatto che essi hanno lavorato su un materiale composto variamente di individui omozigoti ed eterozigoti. Mentre la comparsa del cancro è determinata da un fattore R recessivo di fronte al fattore normale D (RR ammalati, DD e DR sani, omo- risp. eterozigoti), l'età in cui compare il cancro, anch'essa indubbiamente fissata dalla eredità, segue la legge della dominanza della età avanzata di fronte all'età giovane. Nella eredità del cancro abbiamo quindi da fare con geni alleli.

Quando un individuo eredita la costituzione RR, esso ammalerà di cancro purchè viva fino all'età necessaria. Quale è la causa che fa sviluppare il tumore negli individui RR? È molto dubbio se esistano dei microbi che possano negli animali provocare la formazione di tumori. Si è riusciti a provocare negli animali il cancro con irritazioni chimiche (catrame, paraffina); ma si può supporre che queste irritazioni provochino il cancro solo negli organismi RR, e che la loro azione si limiti a rendere il tumore più precoce.

Le cellule cancerigne si comportano in modo diverso dalle normali, a causa di aberrazioni nucleari: come ha dimostrato Boveri nella fecondazione di uova di riccio marino con due spermatozoi, quelle cellule che per le particolari condizioni di divisione e di scissione nucleare che allora hanno luogo, hanno cromosomi incompleti, degenerano e proliferano così da riempire tutta la cavità della blastula. Negli organismi RR, ad una determinata epoca della vita, vengono provocate aberrazioni cromosomiche in alcune cellule, che danno allora origine al cancro.

R. POLLITZER.

Risultati della cura chirurgica di 24 casi di tumori intratoracici.

(STUART HARRINGTON. *Surg. Gyn. Obst.*, novembre 1930).

L'A., che è a capo del reparto della Mayo Clinic di chirurgia toracica riunisce 24 casi di tumori del torace di varia natura e sede da lui operati in questi ultimi anni. Egli ricorda come il dolore sia un sintomo di una certa costanza e importanza come indice di malignità, giacchè i tumori maligni danno generalmente dolori vivi al torace, anche se sono di piccola dimensione, mentre quelli benigni anche se giunti a notevole sviluppo non causano dolenzia molto viva.

La sindrome di Hörner era presente in tre casi di tumore maligno insorto in corr. dell'apice polmonare, per la vicinanza col ganglio cervicale inferiore.

La maggior parte dei tumori intratoracici sono da considerare clinicamente maligni anche se hanno inizialmente un decorso lento.

La dispnea è pur spiccata nei tumori della parete toracica anteriore. La tosse nei tumori maligni e generalmente maligna solo talvolta tinta di sangue. Nelle cisti dermoidi il malato può emettere con lo sputo capille e sostanza sebacea.

Per la diagnosi l'A. consiglia la radiografia previo pneumotorace artificiale che circoscrive meglio il tumore e ne indica le aderenze e i rapporti.

Il pneumotorace è anche utile nell'intervento diminuendo l'effetto dannoso sugli organi mediastinici del pneumotorace operatorio. L'A. consiglia la narcosi intratracheale a iperpressione con etilene o etere, usando decorsi meno favorevolmente i primi casi a narcosi intrafaringea.

L'A. consiglia di operare in un sol tempo e durante l'intervento di aver gran cura alla pressione sanguigna. La minima caduta deve esser combattuta con fleboclisi di siero fisiologico e se più forte con trasfusione. Grandi cure post-operatorie sono necessarie sopratutto per la cianosi frequente contro la quale è consigliabile la camera di ossigeno, i versamenti pleurici. Con queste avvertenze su 24 casi ebbe solo 4 morti.

V. GHIRON.

Tre casi di metastasi in tumore a cellule basali.

(J. W. SPIES. *Archiv. of Surgery*, sett. 1930).

L'A. ha raccolto 25 casi di tumori a cellule basali del tipo descritto per primo in modo completo da Krompecher. Di tali tumori, come è noto, si ritiene che siano relativamente benigni e che se diano con facilità recidiva locale, ben raramente ingorghi ghiandolari, dei quali i più sono di dubbia natura e forse piuttosto effetto di flogosi che di neoplasma. Non sono

descritti nella letteratura casi con metastasi in organi lontani.

L'A. ne ha potuto raccogliere 3 casi, due dei quali cutanei (angolo palpebrale, regione sottomascellare), e uno del palato rappresentando il tipo dei tumori adenoidi cistici che da molti vengono accostati ai basaliomi di Krompecher.

Gli ammalati dell'A., dopo molti anni in cui il tumore primitivo progredì lentamente, ebbero un rapido decadimento per l'invasione di metastasi agli organi interni e il reperto microscopico rese certa la diagnosi. Molte microfotografie accompagnano il testo.

V. GHIRON.

Neoplasmi dello stomaco guariti con la radioterapia profonda.

(LION e KLÉMAN. *Bull. de l'Ac. de Méd.*, Paris, n. 33, 21 ottobre 1930).

Gli AA. riportano due osservazioni che tendono a dimostrare come i tumori dello stomaco che si presentano in clinica con i caratteri del cancro, sono favorevolmente influenzati da radioterapia condotta con metodo. Si trattava di due malati affetti da tumori dello stomaco giudicati inoperabili a causa della sede e della estensione, come pure per lo stato generale quasi disperato che con l'azione dei raggi X sono tornati in condizione buone, e sono tutt'ora vivi e vegeti, l'uno dopo sei anni e dieci mesi, l'altro dopo cinque anni e sei mesi dalla cura. Questa fu regolata allo scopo di somministrare la più grande quantità di raggi e nel più breve spazio di tempo possibile.

Il primo malato ricevette utilizzando tre porte di entrata, 17.000 R. in 17 giorni, con 9 applicazioni, una ogni due giorni: le quattro prime di tre ore ognuna, e le 5 ultime di un'ora ciascuna.

Il secondo malato ricevette 19.000 R. in un periodo di 35 giorni: 5 sedute quotidiane di un'ora; tre giorni di riposo; 2 sedute di due ore a due giorni di intervallo; quattordici giorni di riposo; dieci sedute quotidiane di un'ora.

I risultati furono ottimi come dimostra la lunga sopravvivenza. Solo gli stessi AA. si domandano se la diagnosi di cancro sia esatta, data la mancanza di controllo istologico. Ad ogni modo questi fatti indicano la necessità di tentare il trattamento intensivo.

L. TONELLI.

INFEZIONI.

Influenza e reazioni cutaneo-mucose.

(LORTAT-JACOB e SOLENTE. *Presse Méd.*, luglio 1930).

Le eruzioni cutanee dell'influenza formano un insieme di fatti di importanza variabile. Un primo gruppo di essi comprende dei sintomi fondamentali della grippe, come la lingua porcellana e la lingua fuliginosa, i sudori profusi, congestizi, disturbi vasomotori vari, porpora, ecc. Tutti questi sintomi non rappresentano una lesione primitiva dei tegumenti.

Fra le lesioni e le eruzioni tegumentarie osservate nel corso della grippe alcune sono banali e relativamente frequenti, altre rare e di interpretazione difficile. Fra le prime sono da ricordare la sudamina, l'herpes, la zona, l'erisipela, le suppurazioni cutanee, l'eritema nodoso, gli eritemi polimorfi. Niente di sorprendente che infezioni cutanee multiple si esteriorizzino in occasione della grippe, favorite dall'anergia grippale.

Ma anche delle dermatosi di cui l'origine infettiva è più discutibile si sviluppano nelle stesse condizioni. Così sono state osservate delle orticarie e degli eczemi. Più interessanti, benchè eccezionali, sono i fatti catalogati sin dal 1837 da Récamier sotto il nome di *grippe eruttiva*. I *rashs* della grippe non sembra che abbiano significato prognostico. Sono state notate eruzioni a tipo di roseola. Si tratta di roseole febbrili, contagiose, accompagnate da catarro oculo-nasale, formate da elementi irregolari che scompaiono in 48 ore. Più importanti, per quanto rare, sono le macchie lenticolari, di aspetto caratteristico. Sono state poi osservate eruzioni papulose diverse e Barthélemy ha notato in un caso una eruzione pitiriasiforme e lichenoide. È stato segnalato un eritema scarlattiniforme, che si distingue dal vero eritema scarlattinoso per il ritardo della sua comparsa. Molto rari sembrano essere gli eritemi morbilliformi, con o senza catarro oculo-nasale. Essi compaiono all'inizio della malattia, le macchie sono più congestive, più superficiali che quelle del morbillo, la loro scomparsa è rapida e non è seguita da desquamazione.

Gli AA. raggruppano sotto il nome di *eritemi circinati grippali* una serie di eruzioni di tipo variabile e, come tali, catalogate in modo diverso dagli autori, ma che hanno in comune il carattere circinato di alcune parti. Esse sembrano dipendere da un meccanismo comune e gli AA. le considerano le più rivelatrici. Nella loro forma più semplice si presentano come *eritema marginale aberrante*. Al principio delle macchie, comparse il secondo giorno di malattia, si ingrandiscono rapidamente. Una volta costituiti, gli elementi formano dei cerchi rosei, non emorragici, a marcia eccentrica e circoscriventi una zona centrale livida e non pruriginosa. L'eruzione è localizzata, ma a sede incostante (faccia dorsale delle estremità, dorso, ventre). Essa persiste durante tutto il periodo febbrile. Un processo essudativo può cambiare il tipo dermatologico dell'eruzione, rispettando, almeno in certe zone, la forma circinata degli elementi.

Quale importanza abbiano, nella patogenesi

di questi *rashs* grippali, i microbi, le tossine, l'anafilassi, l'anergia grippale, il virus specifico, ecc. non è possibile dire.

Accanto alle lesioni cutanee della gripppe bisogna ricordare una forma speciale descritta da Le Clerc, la *grippe edematosa*. Si tratta di edemi duri, bianchi, simmetrici, di durata in generale corta, che si presentano abitualmente negli arti inferiori. Il più spesso compaiono senza prodromi ed evolvono senza febbre. L'assenza di albuminuria fa escludere la lesione renale.

Un ultimo fenomeno merita di essere attentamente considerato per la frequenza con cui si presenta nella grippe: è *l'alopecia grippale*. Si presenta abitualmente come una varietà delle alopecie post-febbrili.

Essa suppone che la febbre abbia raggiunto almeno 39°,5 ed è proporzionale alla sua intensità, alla sua durata ed a quella dello stato infettivo, di cui è un segno retrospettivo. Perchè compaia occorre un periodo di tempo di 60-80 giorni, tempo di cui il capello privo di vita, ma solidamente impiantato, ha bisogno per separarsi dalla sua papilla. Appare dunque quando la grippe non è più che un ricordo, con una sconcertante brutalità. È una alopecia diffusa: durante 4-6 settimane i capelli cadono in massa. Predomina alle tempie ed al vertice, raggiunge il massimo di intensità nelle donne. Non è però mai completa. In qualche caso ed in modo transitorio può assumere aspetti che possono falsare il giudizio diagnostico. Così avviene nel tipo a radure con zone multiple di 1/2-1 cm. di diametro e a contorni un po' diffusi. Salvo l'evoluzione ed i segni associati, nulla lo distingue dal tipo di alopecia della sifilide secondaria. Altre volte si presenta come alopecia areata.

Circa il decorso, normalmente, dopo l'arresto della caduta, i capelli ricrescono ma non sempre si ripristina lo stato normale. Quando già esisteva tendenza alla calvizie, conseguenza di uno stato seborroico o pitiriasico frequentemente ignorato dal soggetto, le influenze distruttrici esaltano la loro azione e gli effetti non sono più riparabili. Da queste constatazioni deriva l'indicazione di una terapia energica. C. TOSCANO.

Febbri tifoidi ad inizio toracico. Pneumotifo e pleurotifo.

(CH. ACHARD. *Journ. des Praticiens*, 26 novembre 1930).

La febbre tifoide inizia talora con un insieme sintomatico veramente sconcertante, di modo che la diagnosi della malattia viene fatta correttamente solo in un periodo più o meno lontano dall'inizio.

Fra queste forme ad inizio anormale, in cui il clinico fa inizialmente una diagnosi errata, una delle più conosciute è il pneumotifo, la febbre tifoide ad inizio pneumonico.

Il nome di pneumotifo si applica a tutti quei casi in cui una lesione polmonare a focolaio (rassomiglino i segni clinici piuttosto a quelli di una pneumonite o di una bronco-polmonite o di una congestione polmonare), caratterizza l'inizio di una malattia che si rivela in seguito sotto l'aspetto di una febbre tifoide.

Il quadro clinico della forma pneumonica è assai semplice. È caratterizzato inizialmente dall'affezione polmonare, poi dai fenomeni generali dello stato tifoide. L'affezione polmonare può iniziare bruscamente, come una polmonite franca, ma può anche avere un inizio progressivo.

I segni clinici sono quelli di una polmonite, ma sono di durata più breve e non si osserva nè una crisi termica nè una crisi umorale; appena si può notare una caduta incompleta e passeggera della temperatura.

Nella varietà bronco-pneumonica (bronco-pneumotifo), l'inizio somiglia a quello di una bronchite capillare o di una granulia soffocante. Dopo qualche giorno di malessere generale, sopravviene una dispnea intensa con cianosi, temperatura molto elevata, e si trova un grosso focolaio di infiltrazione e dei rantoli sottocrepitanti; oppure si tratta di focolai disseminati che evolvono a *poussées* successive. La fase tifoide è generalmente caratterizzata da sintomi abbastanza netti perchè la diagnosi sia possibile, ma vi sono dei casi in cui solo l'autopsia fa riconoscere la lesione intestinale caratteristica.

Nelle sue differenti varietà cliniche, il pneumotifo dà luogo ad errori di diagnosi, almeno all'inizio. Ciò che può mettere sull'avviso è l'aspetto relativamente poco grave della polmonite, che sembra abortire quanto ai segni fisici, mentre lo stato generale si modifica senza migliorare.

Sotto questo punto di vista vi è una differenza netta fra il pneumotifo e quelle forme di polmonite chiamate polmoniti a forma tifoide o polmoniti adinamiche, nelle quali, se i segni fisici sono poco evidenti, lo stato generale è molto grave.

La diagnosi di certezza non può esser fatta che con la constatazione del bacillo di Eberth nell'organismo del malato o con le reazioni specifiche.

Un'altra forma di febbre tifoide ad inizio toracico è quella che si manifesta con una pleurite. Sono casi più rari di quelli di pneumotifo e presentano uguali difficoltà diagnostiche.

Anche in questi casi si possono distinguere due fasi, la prima di pleurite, la seconda di malattia generale a forma tifoide. La seconda fase si divide però in diversi stadi. La pleurite, in effetti, non scompare rapidamente come le lesioni del parenchima polmonare nel

pneumotifo. Il versamento persiste pur diminuendo, mentre la temperatura decresce, compaiono il torpore, il delirio e la temperatura si riaccende. Il delirio persistente nel corso di uno stato d'infezione generale senza localizzazione nè sintomi di lesione cerebrale a focolaio ha una grande importanza per la diagnosi di febbre tifoide.

Circa la natura delle complicazioni toraciche iniziali della febbre tifoide, sembra che in certi casi il pneumococco possa provocarle, solo o associato al bacillo del tifo, mentre in altri casi il bacillo del tifo può essere l'unico responsabile. Anche per il pleuro-tifo è probabile che intervenga solo il bacillo del tifo, tanto più che il bacillo di Eberth può, nel corso della malattia, provocare delle pleuriti sierofibrinose, emorragiche o purulente.

C. TOSCANO.

L'infezione da Bang.

(H. SCHOTTMÜLLER. *Deutsche Med. Wochenschrift*, 24 ottobre 1930).

L'Autore rileva che l'infezione da bacillo di Bang (*Brucella abortus*) non è affatto rara nell'uomo. Si tratta di una malattia benigna, che mai per sè stessa determina la morte. La patogenesi è poco conosciuta, perchè possono venire alla autopsia solo casi morti per altra malattia. Probabilmente, come nel tifo, i bacilli si annidano nel sistema linfatico del mesenterio provocando analoghe alterazioni anatomo-patologiche e da qui pervengono attraverso al dotto toracico nel sangue, e dai territori di origine della vena porta, nel fegato e nella milza dove si annidano.

Solo eccezionalmente si è riusciti a coltivare i bacilli dal sangue, mentre nei malati di febbre maltese il germe si coltiva dal sangue senza alcuna difficoltà su comuni piastre al sangue.

Batteriologicamente si riesce a distinguere il bacillo di Bang dall'agente della febbre maltese soltanto con la « prova della saturazione » di Castellani.

Questo non è però ammesso da tutti. Non è fondato chiamare la malattia febbre ondulante, perchè il tipo febbrile non è sempre patognomonico. Il nome più adatto è dunque per ora quello di infezione da Bang. In casi di febbre ondulante, tumore di milza, cefalea, senz'altri sintomi morbosi in pazienti che hanno bevuto del latte crudo, si deve talvolta fare la diagnosi di infezione di Bang anche quando il siero del paziente non agglutina il bacillo.

Per evitare la diffusione della malattia è necessario immunizzare attivamente i bovini, usando a tale scopo bacilli uccisi e non come si fa in molti luoghi bacilli vivi.

L'autore ha osservato un caso d'infezione da Bang in un paziente sofferente da alcuni mesi per febbre e sintomi generali di malattia, che presentava un enorme tumore di milza molto duro alla palpazione. Lieve ingrandimento del fegato, aumento leggero della bilirubina nel siero. Nel sangue, leucopenia (3400 leucociti) e linfocitosi (46 %). Il siero agglutina il bacillo di Bang in proporzione di 1:800. L'emocoltura riuscì positiva usando brodopeptone al 10 % come pure seminando il sangue defibrinato nel latte. In quest'ultimo terreno i bacilli potevano dopo alcuni giorni venir dimostrati, passandoli su una piastra di agar, se si aveva cura di diminuire l'ossigeno atmosferico.

Per combattere la febbre si dimostrò molto utile il piramidone, somministrato regolarmente alla dose di 1-3 grammi al giorno.

R. POLLITZER.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

V. ALBRECHT. *Das Ulcusproblem im Lichte moderner Röntgenforschung*. Vol. di pag. 79 con 116 fig. Edit. G. Thieme. Lipsia, 1930.

L'A. ha voluto contribuire allo studio sulla genesi dell'ulcera gastrica e duodenale raccogliendo statisticamente i casi osservati nel suo reparto radiologico e di cui alcuni sono stati sottoposti a interventi, altri a cure mediche. Dopo un breve accenno ai metodi di indagine radiologica e alla sintomatologia segue una illustrazione abbondante dei casi osservati. Alcuni dati statistici sono di particolare importanza; ne riportiamo qualcuno. Così, p. es., l'A. ha trovato che il 23.77 % dei gastropazienti osservati erano portatori di una ulcera. Di 363 ulcere, 305 erano localizzate al duodeno, 52 allo stomaco, 6 erano del digiuno. Di questi 363 casi 294 erano uomini. Molto interessanti sono anche i dati sulla localizzazione dell'ulcerazione, sulla frequenza di determinati sintomi, così, p. es., su 52 ulcere dello stomaco, in 45 esisteva la classica nicchia.

E' di grande interesse tanto per i chirurgi che radiologi la bellissima trattazione sull'ulcera del duodeno.

P. VALDONI.

A. HURST e M. STEWART. *Gastric and duodenal ulcer*. Oxford medical pubblication, 1929.

E' un trattato completo di Patologia clinica e Terapia di questa affezione che colpisce tanti pazienti e appassiona tuttavia medici e chirurgi per le molte questioni di etiologia, di patogenesi e di cura che le sono annesse. Gli AA. hanno cercato di darne una visione organica e chiara benchè le opinioni della Scuola inglese, di cui il Moyhnian è il più notevole maestro, abbiano, come è naturale, la preva-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

lenza. Ma sono anche segnalate per esteso le idee e le pubblicazioni delle altre Scuole e per il fatto che è libro di data recentissima, anche gli ultimi contributi vi si trovano riportati.

Per quanto riguarda la terapia quella chirurgica, benchè trattata diffusamente, sorvola o tace su alcuni importanti procedimenti di cui si riconosce non piccolo valore. Molte e bellissime tavole con incisioni in nero e a colori, radiogrammi e fotografie completano il volume. V. Ghiron.

H. Meyer-Burgdorff e W. Schmidt. *Der operierte Magen*. Vol. di pag. 115 con 146 fig. Edit. G. Thieme. Lipsia, 1930.

I risultati lontani di un intervento sullo stomaco sono in genere in rapporto indiretto con il reperto operatorio; quanto più grave questo tanto migliori i risultati lontani e viceversa. Una diagnosi esatta di disturbi gastrici postoperatori si basa principalmente sull'esame radioscopico reso più difficile appunto dal fatto che eventuali lesioni organiche sono poco appariscenti e difficili a riconoscersi per l'alterata morfologia dello stomaco e per il nuovo stato di funzionamento della via gastro-digiunale.

L'A. illustra in una prima parte il quadro radiologico gastro-duodeno-digiunale dopo i vari tipi di interventi sullo stomaco e in una seconda parte i reperti radiografici di complicazioni locali susseguenti all'intervento e delle varie alterazioni postoperatorie.

Il libro è illustrato da un gran numero di radiogrammi. Con figure schematiche sono descritti i vari tipi di intervento e, a lato, gli aspetti radiografici corrispondenti.

Riteniamo che questo libro venga a colmare una lacuna importante nel campo radiologico, specialmente in rapporto alla diffusione che gli interventi chirurgici hanno acquistato nelle malattie dello stomaco e che impongono frequentemente a chirurgi e a radiologi il còmpito di studiare la funzione e i disturbi dello stomaco operato. P. Valdoni.

O. Porges. *Magenkrankheiten, ihre Diagnose und Therapie*. Un vol. in-16° di 179 pag. Urban & Schwarzenberg ed. Berlin-Wien, 1929. Prezzo RM. 8.

In queste dodici lezioni, d'indole essenzialmente pratica, tenute ai corsi di perfezionamento di Vienna, l'A. si manifesta poco proclive ad accettare le neurosi gastriche, che egli ritiene siano invece date da una vera gastrite e mette nei giusti limiti l'utilità dell'esame radiologico che, da alcuni, si tende ad ipervalutare. Alla gastrite, poi, che, dopo un periodo di oblìo, tende ora a ritornare fra i quadri delle malattie di stomaco, l'A. dedica due lezioni. Altre due riguardano i sintomi subiettivi ed obiettivi delle malattie gastriche, in tre, sono considerate le ulceri gastro-duodenali. Nelle altre, troviamo svolta la dietetica nelle malattie gastriche, l'anatomia e fisiologia dello stomaco, la stenosi pilorica, l'atonia ed il cancro dello stomaco. Un complesso, che dà un quadro esatto, chiaro e completo di questo interessante capitolo della medicina. *fil.*

A. Dobrovici. *L'aérophagie*. Ed. Doin, Parigi. Prezzo Frs. 10.

L'A. descrive la sintomatologia ed espone il meccanismo dell'aerofagia come atto volontario ed incosciente. Ne mostra la frequenza nei dispeptici con disturbi del sistema nervoso vegetativo e negli isterici.

La monografia si chiude con un capitolo sulla terapia di questo disturbo. Dr.

H. Berstrand. *Ueber die akute und chronische gelbe Leberatrophie*. Un vol. di pagg. 110 con 68 fig e 2 tavole a colori. Edit. G. Thieme. Lipsia, 1930. Mk. 14.

L'A. dà in questo volume una descrizione della atrofia gialla acuta del fegato ricavata dalla osservazione di 42 casi raccolti in Svezia nel 1927 e comparsi epidemicamente.

La trattazione è fatta sistematicamente con abbondanza di documenti macro- e microscopici. Dal complesso delle sue ricerche il Benstrand si associa alla teoria che ammette l'esistenza di un agente specifico che può determinare la malattia qualora si associ una causa di debilitazione come il cloroformio, infezioni acute e croniche, ecc.

Stampa su carta patinata e riproduzione perfetta delle figure. P. Valdoni.

L. Cuny. *Le dosage des sels biliaires dans la bile et le liquide duodénal*. Un volume di pag. 324. Masson e C.ie, ed., Paris. Frs. 30.

Le ricerche sul metabolismo e sulle variazioni patologiche dei sali biliari sono attualmente all'ordine del giorno. Tanto al fisiologo che al clinico che si occupino di tale argomento sarà di grande utilità l'opera presentata dall'editore Masson. In essa è una rassegna completa di tutti i metodi sul dosaggio dei sali biliari nella bile e nel liquido duodenale.

In una prima parte viene trattata la chimica dei sali biliari, secondo i più importanti lavori pubblicati negli ultimi anni, la composizione generale della bile ed il modo di isolamento di alcuni acidi e sali biliari. La seconda è consacrata ai metodi di dosaggio ed è ripartita in sei capitoli secondo il principio che loro serve di base.

L'opera è completata da una ricca bibliografia.

C. Toscano.

M. CHIRAY e F. THIÉBAUT. *Les fonctions hépato-biliaires.* Un volume di pag. 170. Masson e C.ie, ed., Paris. Frs. 24.

L'esplorazione della funzionalità epatica interessa il medico dal punto di vista diagnostico e prognostico. Interessa in modo speciale il pratico che vuole sapere come il suo malato sopporterà una serie di iniezioni di neosalvarsan o una anestesia generale. Gli AA. del volume presentato dall'editore Masson hanno voluto in forma sintetica, senza scapito della chiarezza, esporre le nozioni essenziali sulle funzioni del fegato e della cistifellea, i metodi di esplorazione biochimica ed i risultati ottenuti allo stato normale e allo stato patologico.

L'opera è divisa in quattro parti. La prima tratta del fegato biliare, la seconda del fegato sanguigno, la terza della termogenesi, la quarta è riservata alle indicazioni pratiche.

Opera pregevole per chiarezza, schematica ma completa, ricca di indicazioni pratiche, ugualmente utile allo studioso ed al medico pratico. C. TOSCANO.

OLAF BANG. *Klinische Urobilinstudien*, vol. di pag. 203. Ed. J. W. Cappelens, Oslo, 1930.

L'A. fa un breve riassunto delle odierne vedute sul problema della urobilina e una rivista analitica di vari metodi di determinazione dell'urobilina nell'orina.

Il metodo che fornisce i valori più esatti è la reazione di Schlesinger nella modificazione di Marcussen e Sv. Hansen.

L'urobilinuria si osserva più frequentemente nelle persone attempate che nei giovani. L'A. conclude che non si può stabilire dove finisce l'urobilinuria fisiologica e inizia l'urobilinuria patologica.

L'A. ha potuto produrre un aumento notevole dell'urobilinuria in persone normali, sia sottraendo dagli alimenti idrati di carbonio o somministrando una massima quantità di bicarbonato.

Dalle ricerche sull'urobilinuria dei diabetici l'A. pensa che questa dipenda da un deficit di idrati di carbonio. L'urobilinuria nel diabete ha una notevole importanza in quanto indica una cattiva funzionalità del fegato e l'A. pensa che tale cattiva funzionalità va curata con l'introduzione di idrati di carbonio.

La memoria è pregevole, sia per lo sguardo sintetico del complesso problema dell'urobilinuria, che per le ricerche originali intese a dimostrare l'importanza che gli idrati di carbonio hanno per l'utilizzazione delle sostanze albuminoidi.

Questi esperimenti condotti su individui normali e individui infermi, sopratutto del diabete, dimostrano infine l'importanza che la ricerca dell'urobilina ha per la prova della funzionalità epatica.

M. GHIRON.

BARON A. v. KORÁNYI. *Vorlesungen über funktionelle Pathologie und Therapie der Nierenkrankheiten.* Un vol. in-8°, di 300 pagg., con 37 figg. - J. Springer, ed., Berlin. Prezzo RM. 24.

Il quadro delle malattie renali, liberatosi dalla concezione troppo schematica anatomopatologica, si è venuto modificando, mentre i nuovi metodi di ricerca hanno permesso uno studio approfondito della funzione renale. Non si può dire che tutto sia chiarito in questo campo in cui, anzi, l'allargamento delle nostre vedute, specialmente in connessione con le questioni di chimica fisica (p. es., nella teoria degli edemi) sembra quasi avere complicato le questioni, ma certamente il dissidio fra clinici e patologi si è venuto in parte componendo, arrivando a distinzioni più sicure nel complesso gruppo del morbo di Bright.

Una magistrale esposizione dei problemi connessi con le malattie renali ci offrono queste lezioni di v. Korányi, direttore della III Clinica medica dell'Università di Budapest, il quale da più di 30 anni si è dedicato allo studio di essi. Un primo gruppo di lezioni studia i fondamenti biologici e clinici della patologia funzionale del rene e la diagnosi e terapia generale delle malattie di tale organo.

Seguono alcune lezioni sull'ipertensione e sui rapporti con la nefrosclerosi e l'uremia. In altre 5 lezioni è trattata la nefrosi, con la questione dell'idropisia renale; segue lo studio della glomerulo-nefrite, del rene gravidico, di quello da sublimato e della nefrite cronica, con la relativa terapia.

Il medico e lo studioso troveranno in questo ponderoso lavoro materia di studio e preziosi insegnamenti. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Accademia di Scienze Mediche e Naturali di Ferrara.

Seduta dell'11 dicembre 1930.
Presidenza: Prof. RIETTI.

La teoria acustica e la semejologia fisica del soffio anforico pneumotoracico.

Prof. MINERBI. — L'O., avendo dimostrato sperimentalmente e clinicamente: *a*) che il respiro tracheale fisiologico è costituito dal « coro » dei toni parziali di risonanza elettiva, suscitati nelle vie bronchiali maggiori, con intensità decisamente preponderante, nel « tripode tracheo-bronchiale »; *b*) che il murmure vescicolare tanto inspiratorio come espiratorio sono semplicemente rumori primitivi d'urto del filo aereo che scaturisce alternativamente ora dall'una ora dall'altra estremità del *bronchulus lobularis*; *c*) che è il murmure vescicolare il fenomeno acustico primitivo il quale desta parallelamente da un lato il respiro tracheo-bronchiale, dall'altro lato il soffio anforico pneumatoracico, stabilisce: che, per consentire il formarsi del soffio anforico, e la tempera cavernosa dei rumori respiratori ascoltati, è necessario il concorso delle tre seguenti *condizioni ausiliarie*:

1) persistenza nel viscere in collasso di un tratto di tessuto respirante;
2) accordo armonico stretto fra il cavo pneumatoracico e il tripode tracheo-bronchiale;
3) cupola pleurica completamente libera.

Contributo allo sviluppo da trauma dei tumori maligni; rara localizzazione.

Dott. SCARDOVELLI. — Il dott. M. Schad della Casa Samaritana Heidelberg, diretta dal prof. Werner, producendo una statistica di 247 casi, ha fatto uno studio interessante sul quesito « del significato di un trauma isolato per lo sviluppo del cancro ».

Il caso osservato dall'O., circa sei mesi or sono, presenta un interesse speciale per la rara localizzazione e per il breve periodo di tempo intercorso fra il trauma e il manifestarsi del tumore. Si tratta di un operaio di 44 anni, nella cui anamnesi famigliare diretta e collaterale, recente e remota, nulla parla in favore di lue, tubercolosi e tumori maligni. Anche l'anamnesi personale è negativa per malattie degne di nota. In conseguenza di una caduta battè il mignolo sinistro contro un muro. Dopo 26 giorni viene sospettata una forma blastomatosa maligna; disarticolato il dito a distanza di 32 giorni dal trauma e fatto l'esame istologico del pezzo, risultò trattarsi di un tipico sarcoma fuso-cellulare originatosi nelle parti molli a livello della articolazione prima interfalangica del mignolo sinistro. Come in ogni altro caso di insorgenza di tumore maligno in occasione di un trauma, l'interpretazione del fenomeno è quanto mai difficile. Convince in questo caso, quanto ha sempre sostenuto il prof. Fichera « che l'organismo ha meccanismi regolatori dei processi di moltiplicazione cellulare, i quali così sono mantenuti in limiti normali ed indirizzati a scopi finalisticamente vantaggiosi per lo stesso organismo, di riparazione, sostituzione, e difesa nell'adulto; di sviluppo armonico nella crescita ».

È molto probabile dunque che disturbi di questi meccanismi, nei quali devono entrare i grandi sistemi regolatori, l'endocrino, il neuro-vegetativo, l'ionico-salino, portino almeno a facilitare l'insorgenza delle prolificazioni afinalistiche ed analtruistiche, atipiche o sfrenate, ossia dei blastomi ».

A turbare questi meccanismi potrebbe essere anche sufficiente un singolo trauma? L'O. crede di sì.

Diritto di priorità sulla modificazione all'operazione di Alexander.

Prof. E. CASATI. — Il processo di incrocio sul pube dei legamenti rotondi fu pubblicato dall'O. nel 1887 eseguito col taglio unico (che ingiustamente va sotto il nome di Pfannenstiel); al primitivo modo di incrocio sostituì ben presto l'autolegatura dei due legamenti sul pube, come risulta da una pubblicazione dell'O. del 1897.

Il prof. Villard Labry pubblica lo stesso processo nella « Revue Française de Gynékologie et Obstetrice » dell'aprile 1930. In una lettera privata dice di averlo usato fino dal 1899 senza conoscere che il Ducrot di Bordeaux l'aveva preconizzato fino dal 1895.

Anche con questi dati la priorità dell'O. nel processo è evidente.

Di un segno automatico per stabilire il vero mancinismo.

Prof. E. CASATI. — Chi cammina a braccia pendenti spinge innanzi il braccio destro quando il piede sinistro resta in dietro e viceversa, ma nei destri il braccio destro viene spinto più innanzi del sinistro, e viceversa nei mancini. Il segno è automatico e non può essere simulato.

L'associazione plasmochina-vitamina nella dispepsia malarica del lattante.

Dott. MIAMI. — L'O., durante un periodo di ricerche; sotto la guida del prof. Malagodi, sull'equilibrio acidobasico nel lattante, rispetto alla craniotabe, impressionato dello stato dispeptico, osservato di regola nel lattante malarico; partendo dalle teorie di Leonhardt e Chaptal, sull'acidosi transitoria verificantesi sugli stati dispeptici, e dagli esperimenti di Dennet in America per cui si può avere carenza fisiologica di vitamine nel latte materno, considerato il valore di questa carenza in uno stato patologico quale l'enterite follicolare malarica, ha sperimentato su vasta scala la somministrazione di vitamine associate a plasmochina semplice come terapia di rigore in simili casi.

Attribuisce il successo terapeutico alla plasmochina in quanto può essere somministrata agevolmente in pozioni edulcorate, conservando un alto potere antiematozoario, già da altri dimostrato alle vitamine in quanto è noto come queste regolino il tenore di calcio del siero sanguigno, e a sua volta il calcio sia regolatore della concentrazione degli idrogenioni nel sangue e nei tessuti. Consiglia nei casi lievi, il limone, anche per le proprietà antidispeptiche, antimalariche ed ematopoietiche, le vitamine concentrate dove la carenza è manifesta. Riporta due casi.

Il Segretario: E. CASATI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Il significato dell'utero nel sistema endocrino.

Zimmermann (*Die Med. Welt*, n. 39, 1930) sostiene, in un interessante articolo, che l'utero regola la funzione dell'ovaio, e che l'asportazione di quello porta con sè, senza eccezione, la degenerazione di questi; al contrario, l'iperplasia del tessuto dell'utero (come si verifica, ad esempio, nei miomi) rallenta l'invecchiamento fisiologico della ovaia e ritarda la venuta della menopausa.

Su questi elementi Henkel ha fondato la sua teoria della reciproca influenza delle ovaia e dell'utero: e l'A. che ha praticato numerose ricerche sperimentali su questo argomento, ne riferisce succintamente i risultati.

Nelle coniglie — a cui fu asportato l'utero — si osservò una degenerazione progressiva dell'apparato ovulare, che già dopo pochi mesi portava alla scomparsa dei follicoli primordiali e alla distruzione delle cellule dell'uovo: si andavano contemporaneamente formando cisti follicolari, talune assai grandi, ed ematomi follicolari.

Di più: l'innesto di tessuto uterino vitale in questi animali portò all'arresto delle alterazioni degenerative: dopo ciò, non si può più mettere in dubbio una dipendenza dell'ovaio maturo, sia dal punto di vista morfologico che funzionale dell'utero: da quale parte precisamente di questo, non è ancora chiaro.

L'A. si difende poi dalle critiche mossegli da Westmann e ricorda che ricerche parallele di Schubert hanno dato invece i suoi stessi risultati. V. SERRA.

Alcune osservazioni sull'etiologia delle emorragie uterine disfunzionali.

Secondo Schroeder, che ha studiato 53 casi di emorragia uterina disfunzionale in cui fu fatta l'isterectomia, quest'emorragia è legata ad una displasia dell'endometrio dovuta alla mancanza dell'ormone del corpo luteo. William Graves (*Americ. Journ. of Obstetr. and Gynec.* ott. 1930) ha confermato quest'ipotesi dello Schroeder coll'esame di 18 casi. In tutti i 18 c'era displasia delle ghiandole dell'endometrio, con emorragia sottoepiteliale, in 17 casi c'era metrorragia aritmica, in 10 casi non si trovò corpo luteo nè macro nè microscopicamente, ed in 8 c'era vecchio corpo luteo in degenerazione e precedente il ciclo normale.

L'A. spinse poi le sue ricerche a 237 casi di emorragia uterina sottoposti a biopsia e poi a cura col radium. Egli potè notare che nel l'81 % dei casi di emorragia c'era displasia dell'endometrio. Nel rimanente 19 % si ebbero pochi casi con polipi miomatosi o mucosi (quindi l'emorragia era accidentale e non disfunzionale), in altri casi l'endometrio era atrofico.

Nel 50 % dei casi, c'erano piccoli tumori fibroidi, ma sempre associati con displasia dell'endometrio.

Per quanto riguarda la presenza di follicoli cistici, questi furono trovati sempre nelle metrorragie aritmiche, nelle polimenorree ci furono solo in assenza di corpo luteo, mancarono in casi in cui la funzione era normale.

L'esame del sangue uterino fatto in un caso ha dimostrato che esso, nell'emorragia funzionale, non contiene gli stessi elementi che si hanno quando l'emorragia è prodotta da un corpo luteo normale. R. LUSENA.

SEMEIOTICA.

Dolore alla gamba

Il dolore alla gamba osserva Russell Brain (*The Practitioner*, dicembre 1930), può dipendere dalla sciatica, da neurite del crurale anteriore, da artrite dell'anca, da polineurite, da tabe, da disturbi vascolari, da malattie delle ossa, da isteria, da altre cause (coccigodinia, piedi piatti, artrite sacroiliaca, siringomielia).

Per quel che riguarda il nervo sciatico, esso può essere coinvolto in molte condizioni patologiche: tumori, sifilide tanto dei nervi che della colonna vertebrale, osteite, carie, sublussazione della V vertebra lombare, oltre che per neurite. Dal punto di vista diagnostico è importante poter distinguere il dolore sciatico da neurite da quello da compressione. Nella neurite l'insorgenza dei sintomi è rapida, il dolore alla pressione molto accentuato, la perdita della sensibilità assente o scarsa, il decorso stazionario o remittente. L'opposto si ha nella compressione dello sciatico.

La neurite del crurale anteriore è meno frequente della sciatica. Il dolore si irradia dal triangolo di Scarpa fino alla gamba nel campo di distribuzione del nervo. Il malato tiene l'anca flessa e il nervo è dolente alla pressione.

L'artrite dell'anca si può confondere tanto colla sciatica che colla neurite del crurale. Nell'artrite il dolore è marcatissimo nella deambulazione e si intensifica col freddo e coll'umidità. La diagnosi si basa essenzialmente sulla mobilità passiva: se questa non provoca dolore (specialmente l'abduzione e la rotazione esterna) si può escludere l'artrite.

Nella polineurite i disturbi sono bilaterali e sono affetti tutti i tronchi nervosi.

Nella tabe si trovano gli altri segni caratteristici di questa malattia.

I disturbi di origine vascolare sono l'ateroma (che ha come segno caratteristico la claudicazione intermittente), l'embolia (che provoca dolore improvviso e mancanza di pulsazione arteriosa a valle), l'aneurisma (che ha per lo più sede poplitea), la tromboangioite obliterante (più frequente fra i giovani ebrei), la flebite (di diagnosi facile se superficiale, difficile se profonda).

Le malattie ossee che possono dare dolore alla gamba sono numerose: tumori, lues, morbo di Paget, fibrocisti. In questi casi l'esame radiologico è indispensabile.

Per la diagnosi di isteria bisognerà escludere tutte le malattie precedenti e trovare poi i segni caratteristici di questa malattia.

R. LUSENA.

CASISTICA.

L'insufficienza epatica nella tubercolosi polmonare.

La piccola insufficienza epatica può dare dei malesseri accentuati che coprono talora il quadro polmonare: digestioni difficili, irregolarità delle funzioni intestinali, stanchezza; gli individui sono degli emicranici emorroidarii.

In questi malati, piccoli epatici a disturbi congestizi (l'emottisi talvolta attira per prima l'attenzione sul polmone) risentono notevoli beneficii dai calmanti e dai regolatori del simpatico. Riesce bene la belladonna, in pillole da un centigrammo, da prendersi prima dei pasti.

Aubertin, Pavion e Crozat (*Journ. des praticiens*, 28 giugno 1930) consigliano l'associazione della belladonna con l'Hydrastis:

Pr) Estr. di belladonna cg. cinque
Estr. alc. di hydrastis cg. quindici

Per una pillola. Da prenderne 0 prima dei pasti del mezzogiorno e della sera. *La dose di 5 cg. è evidentemente errata e dovrà essere sostituita con quella di 5 milligrammi* (*N. d. R.*).

Oppure le gocce di estratto fluido di hydrastic (XV-XX prima dei pasti del mezzogiorno e della sera, per 15 giorni al mese).

Sono indicati i colagoghi; i migliori sono dei leggeri lassativi, specialmente se vi è concomitante costipazione.

Tutti i lassativi sono buoni a dosi deboli (sale di Seignette, solfato o citrato di sodio). Le pillole di bile bovina (cg. 20) prima dei pasti del mezzogiorno e della sera, la polvere epatica fresca (1 gr. prima dei pasti), le iniezioni sottocutanee di estratto epatico (una ogni 5 giorni). Tutti questi presidii fanno bene e rafforzano le difese del fegato che, dal canto loro proteggono contro l'invasione tubercolare.

fil.

Il fegato nella sifilide.

Irgang e Sala (rif. in *Presse médicale*, 6 agosto 1930) hanno ricercato in 179 casi di sifilide l'esistenza di disturbi della funzionalità epatica per mezzo della reazione di van den Bergh e dell'indice itterico. Nessuno dei malati aveva ittero al momento dell'ammissione in ospedale.

La reazione di van den Bergh positiva è stata osservata nel 25 %; il 50 % dei casi positivi, lo fu dopo 10-30 minuti, l'altra metà dopo un'ora. Nella sifilide secondaria i risultati positivi furono il 17 %, nella terziaria il 24 %, nella primaria, positiva 4 volte su 11 casi.

Fra i 45 casi in cui tale reazione era positiva, si ebbe indice itterico superiore a 6 in 41, anche in individui di apparenza normale.

Nel 12 % dei casi negativi, la van den Bergh divenne positiva dopo il trattamento con arsenicali, pure non avendosi itterizia.

Nel 10 % dei malati con reazione positiva, si ebbe ittero in seguito ad un energico trattamento arsenicale.

Gli AA. concludono che la reazione di van den Bergh permette di scoprire rapidamente un'epatite latente, mentre l'indice itterico superiore a 6 non indica l'esistenza dell'epatite fino a quando questa non sia confermata alla positività della reazione di van den Bergh.

L'epatite sifilitica può osservarsi a tutti gli stadi della malattia ed è più frequente nella forma terziaria.

I casi leggeri di epatite non si traducono con nessun sintoma e non costituiscono controindicazioni alla cura arsenicale.

fil.

Malaria e litiasi biliare.

Già nel 1923 M. Ch. Garin studiando l'evoluzione della malaria contratta dalle truppe in Oriente, notò esistere con una certa frequenza la litiasi biliare. La proporzione era del 7,7 % dei vecchi malarici.

Talamet (*Riv. di Malariol.*, anno IX, n. 4, lugl.-agosto 1930) ha ripreso lo studio dell'argomento: egli avrebbe trovata una percentuale leggermente più alta, e precisamente dell'8, o del 9 %.

La prima colica epatica si ha in genere 6-8 mesi dopo le prime manifestazioni della malaria; quando appare più tardi è in genere preceduta da fatti frusti che van messi in rapporto ad una calcolosi latente.

L'A. cerca di analizzare i vari possibili fattori patogenetici; egli ritiene che siano multipli e si associno in vario modo: l'emolisi e l'emoglobinemia considerevoli provocate da ogni ascesso malarico, l'ingorgo epatico consecutivo, la stasi biliare, la formazione di calcoli pigmentarii, l'infezione intestinale frequente che spesso si propaga alla glandola epatica per via ematogena portale, ed infine la modificazione progressiva dello stato umorale con ipercolesterinemia per insufficienza colaligena del fegato, sono fatti da tenere presenti.

Gli accessi malarici successivi, rovesciando un equilibrio colloidale già divenuto instabile,

provocano la flocculazione della colesterina in eccesso, che si precipita secondariamente a livello della vescicola biliare, dove esistono numerosi focolai di richiamo; i calcoli così formati sono misti: a nucleo pigmentario circondato di colesterina.

Quando ogni causa di malaria è scomparsa la litiasi biliare così creata evolve per proprio conto, nella solita maniera. L. TONELLI.

L'azione della morfina sul fegato.

I. Pavel, S. Milcou, I. Radvan (*Paris Médical*, agosto 1930) hanno eseguito una serie di esperienze sui cani per studiare l'azione della morfina sulla secrezione biliare, sulla azione antitossica del fegato, sulla urobilinuria.

Circa l'azione della morfina sulla secrezione biliare (dose di 1-2 centigrammi per iniezione) si può dire che la morfina inibisca in maniera impressionante la secrezione della bile; l'inibizione appare 10-15 minuti dopo l'iniezione, si accresce progressivamente fino a rendere, talvolta, la secrezione nulla dopo 2-3 ore, si mantiene per 4-7 ore, e poi lentamente scompare. Sono del pari modificate le qualità della bile post-morfinica, giacchè questa diviene vischiosa e filante, di colore scuro, e contiene pigmenti e sali biliari in maggiore concentrazione.

Circa l'azione della morfina sulla funzione antitossica del fegato (funzione studiata col metodo di esplorazione al rosso-bengala) gli Autori hanno constatato che la morfina inibisce la funzione antitossica del fegato, e questa inibizione è già evidente 30 minuti dopo l'iniezione della alcaloide.

Dopo somministrazione di morfina aumenta inoltre la quantità di urobilina nelle urine.

Gli Autori credono che la morfina apporti le suaccennate modificazioni sulle funzioni del fegato agendo direttamente sulla cellula epatica, e consigliano di non usare la morfina tutte le volte che esista una lesione della glandola epatica accompagnata da insufficienza manifesta di quest'organo, poichè l'inibizione funzionale provocata dalla droga rischia di accentuare in maniera fatale una insufficienza preesistente. G. RIZZO.

Malattie delle vie biliari ed emicrania.

Hang e Wöhrmann (*Dtsch. Med. Woch.* n. 26, 1930) ricordano che nei malati di colecistite e angiocolite si hanno spesso emicranie, talora accompagnate dal corteo dei sintomi abituali, talora oscure e unite a vomito.

La stasi biliare nelle vie intra- ed extraepatiche è la causa più frequente di queste emicranie; ma non la sola, chè anzi è necessario ammettere una disposizione individuale.

Si tratta forse di sostanze che derivano dall'alterata funzione del fegato e vengono riassorbite, o forse si tratta di fenomeni vasomotori, prevalentemente spastici.

Ad ogni modo gli AA. hanno osservato che l'insorgenza dell'emicrania coincide con la comparsa di bilirubina in circolo: l'infezione batterica, favorita naturalmente dalla stasi biliare, non sembra avere importanza per la emicrania.

Come terapia si tentino le cure climatiche (Mergentheim) e il sondaggio duodenale: questo può dapprima riacutizzare le sofferenze, ma finisce per portare notevole sollievo ai pazienti; in quanto alla colecistectomia gli AA. la considerano come l'ultima carta da giuocare perchè le stasi biliari sono di solito effetto di dis-cinesie, di causa probabilmente vegetativa, e non si giovano dell'intervento, lo svuotamento e la canalizzazione delle vie biliari, a mezzo del sondaggio duodenale, provocano, come s'è detto, i migliori risultati.

V. SERRA.

Studi clinici e statistici su 754 casi di operazioni per colelitiasi in Giappone.

H. Miyake e F. Ishiyama (*Zeit. z. Chir.*, 1930) hanno riunito la prima statistica sulla colelitiasi nel Giappone, e dai dati raccolti si rilevano varie differenze che si devono riferire in parte al tenore di vita, ma pure in notevole parte a differenze essenziali di razza.

E' noto come i calcoli di colesterina, così frequenti fra noi, là sono rari, mentre sono molto numerosi i calcoli di pigmenti biliari. Dapprima si è dato come sola causa di ciò la diversità di alimentazione, ma poi si vide che questo fatto è comune a tutte le razze colorate per diversità nel sangue stesso. Inoltre se nelle donne bianche la gravidanza induce un'alterazione del ricambio colesterinico, nelle donne di razza colorata ciò non avviene, e questo spiega la maggiore rarità di calcoli colesterinici.

Sono non rari in Giappone i calcoli da parassiti. Quelli da ascaridi sono frequenti e si incontrano pure quelli da cistoma epatico.

La grande frequenza di calcoli biliari nel sesso femminile in Europa non si verifica in Giappone, dove anzi sembra che il sesso maschile abbia una leggera prevalenza. Gli AA. darebbero importanza anche all'uso del busto fra le europee che danneggerebbe il circolo biliare.

Dal punto di vista batteriologico nella quasi totalità dei casi si ritrova nella cistifellea il coli, mentre il B. di Eberth, malgrado la frequenza con cui il tifo colpisce i giapponesi, è rarissimo. Non è rara la cistifellea a fragola. Altra causa di affezioni biliari sarebbe la frequenza con cui si riscontra in Giappone il duodeno mobile che con gli stiramenti che esercita sul coledoco, ostacola il deflusso della bile. I casi riportati dagli AA. ha un'alta percentuale di successi definitivi e una bassa mortalità. V. GHIRON.

TERAPIA.

Il valore terapeutico della digitale nella polmonite.

Secondo il Cohn la digitale nella polmonite non solo non è dannosa, ma può salvare la vita del malato; per questo egli la consiglia come rimedio da usarsi abitudinariamente nella cura della polmonite. Lo studio del valore terapeutico della digitale nella polmonite non sempre ha dato risultati che si possono ritenere plausibili, specialmente per il criterio con cui furono scelti i malati: difatti se si è data la digitale solo nei casi che dall'inizio si presentavano gravi, mentre questa si tralasciava nei malati la cui malattia sembrava assumere un andamento benigno, basta questa differenza nella scelta dei casi da paragonare fra loro per togliere ogni attendibilità ai risultati.

Wyckoff, Dubois e Woodruff (*The Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 25 ott. 1930) studiarono il problema dividendo i malati, senza nessuna scelta, in 4 gruppi: uno a cui si somministrò siero e digitale, uno a cui non si somministrò nè siero nè digitale, uno a cui si somministrò solo siero e uno solo digitale. Complessivamente furono studiati 835 malati e furono fatti per ognuno vari elettrocardiogrammi. I risultati sono stati i seguenti: nei malati che presero la digitale si ebbe una mortalità del 41,4 %, che è risultata di 7,7 % superiore a quella dei non digitalizzati (33,7 %). Tenendo conto dei vari tipi di pneumococchi essi hanno notato che la mortalità maggiore nei digitalizzati si è avuta nel gruppo II che è quello che dà la maggiore mortalità di solito. Nei casi con fibrillazione auricolare o con flutter la mortalità è stata dell'87 % nei digitalizzati e del 52,9 % nei non digitalizzati. Fra i malati che avevano emocultura positiva, si ebbe mortalità del 79,2 % nei digitalizzati e 79,6 % nei non digitalizzati. La mortalità fu più alta fra i malati che avevano ricevuta dosi forti di digitale senza però che si manifestassero segni di intossicazione da digitale.

Gli AA. concludono che l'uso abitudinario della digitale nella polmonite non abbassa la mortalità. Nei malati di polmonite con ritmo sinusale la digitale produce solo una modificazione elettrocardiografica e dà intossicazione lieve. I sintomi clinici dell'intossicazione digitalica non sono sufficienti ad evitare di dare dosi dannose, perchè si danno dosi forti a malati che muoiono senza segni di intossicazione dal farmaco, mentre malati che presentano segni di intossicazione anche per piccole dosi non muoiono. Forse la digitale potrà essere utile nei polmonitici con fibrillazione auricolare e con flutter, ma essi rappresentano una percentuale minima (5 %). L'uso abitudinario della digitale nella polmonite è dannoso.

R. LUSENA.

La collassoterapia delle suppurazioni polmonari.

M. Janbon e A. Balmes (*Arch. Scien. Méd. Montp.*, n. 6, 1930) descrivono un caso di ascesso polmonare post-pneumonico guarito mercè il trattamento col pneumotorace sotto pressione, mentre che tutte le precedenti cure, specie la cura ematurica, si erano dimostrate assolutamente inefficaci. Traggono spunto da questo felice risultato per richiamare in onore il metodo, già per lo addietro usato dal nostro Forlanini, e ne precisano così la indicazione: 1) cronicità dello ascesso; 2) fallimento dei diversi trattamenti medici, ed in particolare dell'ematurico; 3) situazione sufficientemente profonda della raccolta purulenta per evitare i rischi di rottura nella pleura; 4) esistenza di una apertura di drenaggio sufficiente. Dal punto di vista tecnico raccomandano di introdurre forti dosi di gas e di ottenere delle pressioni positive, quando esse sono necessarie alla realizzazione del collasso; suggeriscono inoltre, quali utili precauzioni nel pneumotorace sotto pressione, di fare una iniezione preliminare di caffeina, di iniettare lentamente il gas, di sorvegliare continuamente il polso e le sensazioni subbiettive del malato, giacchè l'introduzione di gas va immediatamente sospesa appena si produce una accelerazione cardiaca, od il malato accusa dell'oppressione.

G. RIZZO.

Mortalità e risultati nel trattamento operativo degli ascessi del polmone.

L'ascesso del polmone è una malattia grave, e il risultato finale in un determinato gruppo di malati può essere giudicato solo molto tempo dopo il trattamento al quale essi vennero sottoposti.

L'apertura e il drenaggio sono indicati quando trattamenti conservativi hanno fallito lo scopo, negli ascessi periferici con interessamento della pleura, e negli ascessi multipli.

L'escissione al cauterio e la lobectomia sono indicate negli ascessi multipli e negli ascessi con bronchiettasie lobari.

G. P. Müller (*Ann. of Surgery*, marzo 1930) riferisce su 45 casi con una mortalità operatoria del 28.5 % e una mortalità finale del 40 %. Il 56 % dei sopravvissuti stanno bene dopo un anno. Due pazienti sono guariti dell'ascesso, ma soffrono ancora del catarro che avevano presentato per anni.

Quei malati che sopravvivono all'intervento, ma che non si liberano completamente dei loro sintomi, soccomberanno certamente agli effetti della malattia. L'A. crede che forse allargando l'uso della exeresi col cauterio della zona malata, fatta precocemente, si potrebbe giungere a risultati finali migliori, benchè si tratti di una operazione più grave.

M. ASCOLI.

Il drenaggio delle pleuriti purulente tubercolari.

P. Toussaint (*Presse Médicale*, n. 49, 18 giugno 1930) ha avuto occasione recentemente di applicare un drenaggio metallico ad un ammalato in condizioni gravissime con pleurite purulenta ed empiema.

Il drenaggio metallico è composto d'un trequarti e d'una cannula lunga 5 cm. e d'un diametro interno di 9 mm., munita d'una placca metallica che si adatti al torace.

Tale drenaggio sembra utile all'A. per i seguenti punti:

1) sopprime qualsiasi incisione cutaneo-muscolare;

2) dà una tolleranza perfetta per un periodo sufficiente;

3) che unito ad un tubo a sifone rappresenta un drenaggio a chiusura rigorosamente ermetica.

BUCCI.

RUBRICA DELL' UFFICIALE SANITARIO

La difesa contro le malattie infettive.

Febbre tifoide ed altre infezioni intestinali.

La difesa contro la febbre tifoide ed i paratifi e contro le altre malattie infettive a localizzazione prevalentemente intestinale, richiede il maggior interessamento delle autorità sanitarie, come quella che si fonda essenzialmente sul risanamento dell'ambiente, sia domestico che urbano o rurale.

Caposaldo della profilassi è la denuncia, da non omettersi mai, anche nei casi semplicemente sospetti, i quali, a causa della estrema varietà di forme cliniche, sotto cui si presentano le infezioni tifiche o paratifiche, sono molto frequenti e richiedono l'accertamento diagnostico di laboratorio. Tale accertamento si pratica all'inizio della malattia, coll'emocultura, e, più facilmente, negli stadi successivi, colla sierodiagnosi (prova del Vidal). L'ufficiale sanitario deve all'uopo valersi sempre della collaborazione del laboratorio provinciale di vigilanza igienica, o chiedendone l'intervento diretto, o, per lo meno, organizzando preventivamente, per parte dei medici curanti, il regolare invio al laboratorio del materiale per la sierodiagnosi.

Accertata la diagnosi, è indispensabile, ai fini profilattici, indagare l'origine dell'infezione in base all'esatto rilievo dei dati epidemiologici. Casi singoli, a tipo sporadico, ad insorgenza successiva, faranno pensare ad una probabile origine del contagio per contatto con altri malati rimasti ignoti od alla presenza nell'ambiente di portatori; casi multipli, raggruppati nel tempo e nello spazio, deporranno invece in favore di un'origine idrica od alimentare, della quale, a sua volta, dovrà ricercarsi la spiegazione in precedenti casi isolati, che siano stati causa dell'inquinamento delle acque o degli alimenti (specialmente del latte). Ulteriori indagini saranno perciò dirette alla scoperta di queste cause più remote ed all'esame delle condizioni dell approvvigionamento idrico. Guardiamoci tuttavia dall'attribuire all'acqua potabile ogni episodio epidemico di febbre tifoide. Non di rado quella dell'inquinamento dell'acqua è una spiegazione di comodo che fuorvia le autorità sanitarie ed amministrative ed impedisce loro di ricercare e di rimuovere altri e più importanti fattori d'insalubrità. Le epidemie idriche sono assai più rare di quanto comunemente si crede ed hanno, nelle loro manifestazioni, caratteristiche peculiari assai differenti da quelle dei focolai epidemici di altra origine. Ciò non toglie che i servizi dell'acqua potabile debbano essere sempre accuratamente vigilati. Certi pozzi scoperti, senza pompa, prossimi ai lavatoi o alle concimaie, oppure poco profondi e con pareti non perfettamente impermeabili; certe sorgenti con opere di presa prive di qualsiasi protezione igienica; certe condutture che passano entro le fogne, spiegano a sufficienza l'insorgere di alcune manifestazioni epidemiche e testimoniano dell'ignoranza o almeno della trascuratezza delle autorità locali in fatto di tutela della salubrità delle acque.

Ma molte altre circostanze, come l'esistenza di portatori, o di forme cliniche atipiche, specialmente nei bambini; la mancanza di latrine e di razionali sistemi di smaltimento delle materie luride; le condizioni antigieniche dei lavatoi ed il loro impiego abusivo per le biancherie di malati; l'affollamento delle abitazioni; le abitudini di poca nettezza personale; la deficiente vigilanza sanitaria degli alimenti; ed, in alcuni periodi dell'anno, la grande abbondanza delle mosche, sono tutti elementi che, indipendentemente dall'approvvigionamento idrico, l'ufficiale sanitario deve tener ben presenti ogni qualvolta voglia indagare sull'origine di un focolaio epidemico di febbre tifoide o di altra infezione intestinale.

In presenza dei casi di malattia, principale cura dell'ufficiale sanitario deve esser quella di assicurare, nella misura più larga possibile, il ricovero ospedaliero degli infermi per rendere inoffensivi altrettanti focolai di diffusione del contagio, difficilmente dominabili col solo isolamento domiciliare, sia per la lunga durata della malattia, sia per le molteplici cautele che sono necessarie per assicurare una efficace disinfezione concomitante al letto dell'infermo. Quando il ricovero non è possibile, una vigilanza continua dovrà accertare l'esecuzione scrupolosa delle misure dirette a rendere inoffensivi gli abituali veicoli di contagio (biancherie, stoviglie, feci, mosche, ecc.).

Senza mai tralasciare l'applicazione dei classici metodi di profilassi, e sopratutto i provvedimenti di risanamento del suolo e dell'abitato, per la febbre tifoide ed i paratifi, si

deve anche ricorrere alle vaccinazioni preventive. La larga esperienza di questa pratica immunizzante, fatta sia durante la guerra che sulle popolazioni civili, ne ha ormai dimostrato la innocuità e la efficacia, per la notevole riduzione di morbilità e di mortalità che, con essa, si ottiene fra i vaccinati. Tenendo conto di tale risultato e collo scopo di proteggere alcuni gruppi di individui più particolarmente esposti al contagio, o la malattia dei quali offre speciali pericoli di diffusione del medesimo, il Governo nazionale si è indotto a rendere obbligatoria, in determinati casi, la vaccinazione antitifica. Il *decreto ministeriale* 2 *dicembre* 1926 *sull'obbligatorietà della vaccinazione antitifica*, infatti, prescrive tale pratica profilattica:

a) per il personale di assistenza e per quello addetto ai servizi di cucina, di disinfezione e di lavanderia e di pulizia degli ospedali, ed in genere degli Istituti e delle case di cura, sia pubblici che privati;

b) per il personale addetto ai servizi di disinfezione, alle lavanderie pubbliche ed al trasporto dei malati, anche se dipendenti da istituzioni private;

c) per il personale addetto ai servizi di approvvigionamento idrico, alla raccolta ed allo smercio del latte.

La vaccinazione antitifica può essere resa obbligatoria dal Prefetto:

a) alle collettività in caso di minaccia epidemica. In questo caso l'obbligo si può estendere, oltre che ai componenti della collettività, anche alle persone addette al servizio o che hanno rapporti con l'esterno;

b) al personale addetto a pubblici servizi e che, a causa delle sue attribuzioni, può essere particolarmente esposto al pericolo di contagio;

c) in tutti gli altri casi di riconosciuta necessità ai fini di una più completa profilassi della febbre tifoide.

Qualunque medico eseguisca la vaccinazione antitifica deve dare comunicazione all'ufficiale sanitario, indicando le generalità del vaccinato, la qualità e provenienza del vaccino, e la via di somministrazione. L'ufficio sanitario comunale curerà la registrazione di tali vaccinazioni e, se richiesto, dovrà rilasciarne gratuitamente il certificato. Sono esclusi dall'obbligo della vaccinazione coloro che, da dichiarazione medica, risultino in condizioni da esserne esentati per sofferta infezione tifosa, per malattia o per età. Come è noto, le vaccinazioni antitifiche si possono praticare per via ipodermica o per via orale, quest'ultime hanno naturalmente incontrato il favore del pubblico e vengono largamente applicate, per quanto le prime diano forse risultati più sicuri.

L'ufficiale sanitario non deve trascurare di esigere l'osservanza dell'obbligo della vaccinazione antitifica in tutti i casi nei quali è prescritta o venga ordinata, pur tenendo presente che la profilassi della febbre tifoide rimane sempre fondata sulle misure classiche di isolamento e di disinfezione e soprattutto sul risanamento del suolo e dell'abitato e sul buon approvvigionamento idrico. In occasione di manifestazioni epidemiche, l'ufficiale sanitario si varrà anche largamente della vaccinazione delle persone esposte al contagio, ritenendo come dimostrato che, se tale trattamento preventivo non sempre procura una sicura immunizzazione dei singoli individui, serve però certamente ad elevare la resistenza della collettività di fronte al contagio, per modo che, nelle stesse condizioni di ambiente, una collettività vaccinata è sensibilmente meno colpita di una non vaccinata. Risultato questo non trascurabile per chi voglia difendere la popolazione da una malattia come la febbre tifoide, ancora troppo diffusa nel nostro Paese.

A. FRANCHETTI.

VARIA.

Motociclismo ed igiene.

Si crede da alcuni che ogni genere di sport sia utile all'organismo. Così pure il motociclismo. Ma in chi consideri meno grossolanamente il problema e pensi allo sviluppo crescente che il motociclismo ha avuto, specie da noi in questi ultimi anni, può sorgere, invece che contento nel constatare un'industria fiorentissima, qualche apprensione nel considerarne il lato igienico. E se io oso ora rilevare piccoli fatti e considerazioni, lo faccio solo per quella esperienza personale e in base a osservazioni capitatemi nell'esercizio professionale.

Il vantaggio del motociclo quale mezzo di trasporto economico e pratico è indiscutibile.

I miglioramenti raggiunti da questo mezzo che ormai, quasi, si può dire perfetto meccanicamente, non ci fanno certamente più riandare alla sua andatura scoppiettante, piena di sobbalzi e acrobatica di una volta. Tuttavia la pericolosità è ancor oggi proverbiale e gli infortuni grossi e piccoli che capitano ad ogni motociclista sommano sempre ad una bella cifra. Chi non ricorda le prime cadute, le prime docce fredde all'entusiasmo giovanile? È appunto questo carattere della pericolosità il fattore negativo alla sua infiltrazione nell'elemento sportivo femminile: è rara la donna motociclista in confronto a quella automobilista.

Le sciagure possono colpire facilmente così l'inesperto o imprudente, che usa il motociclo in maniera impropria, come il vecchio guidatore; la piccola imprudenza d'altri, una leggera accidentalità della strada possono bastare a determinare una disgrazia.

Da ciò è causata quella speciale tensione e agitazione di cui è vittima il motociclista e che ne logora il sistema nervoso anche quando non marcia.

Ma ciò che ci fa considerare il motociclo come nemico della salute del guidatore, sono le ptosi viscerali. La gastroptosi è frequente nei motociclisti. Essa è determinata da un'azione meccanica, cioè dai sobbalzi improvvisi e continui che si hanno marciando in motociclo specie a stomaco pieno, azione che può trovare un fattore predisponente nella debolezza o nel rilassamento costituzionale dei legamenti. Non buona è la prognosi dell'abbassamento di stomaco perchè una volta stabilitosi non può più aversi una funzionalità normale: non c'è che la posizione coricata, meglio sul fianco destro, che può facilitare la digestione.

Ma gli effetti nocivi non si limitano allo stomaco; associano spesso altri organi: il fegato, il colon, i reni. Il fegato si abbassa al disotto dell'arco costale, dove diventa palpabile e può cagionare dolori locali o alla schiena, oltre ad alterazione della sua funzionalità (come l'ittero). Il colon abbassandosi e accentuando gli angoli di flessura può cagionare vari disturbi e stitichezza. I reni, specie il destro, talvolta insieme il sinistro, possono pure trovarsi abbassati per i continui sobbalzi e destare apprensione per il senso di peso e di stiramento ai lombi e per dolori veri e propri.

Nella etiologia di queste malattie è dunque da ascriversi anche l'uso del motociclo.

Ma di altri svantaggi siamo debitori a questo mezzo e cioè la sordità cui vanno soggetti a poco a poco i motociclisti e che, a parità dei piloti e dei meccanici aviatori, è prodotta dal rombo dei motori.

Al contrario, per quanto esposto a tutte le intemperie il motociclista va poco soggetto ai raffreddamenti del corpo.

Mentre l'automobile espone più facilmente a queste malattie (forse perchè se chiusa si respira aria umida e surriscaldata; se aperta si è esposti in modo diverso ed in alcune parti soltanto alla corrente d'aria) il motociclista viaggia, anche con freddo intensissimo, senz'ammalarsi per l'uniformità d'esposizione e il vestiario adatto.

L'abbigliamento del motociclista infatti, oltre ad essere elegante, sarebbe ben appropriato se tutti lo portassero. Ognuno dovrebbe indossare oltre alla ventriera per impedire il rilassamento delle pareti addominali e gli usuali indumenti, il maglione di lana e, sopra, il giubbetto di pelle foderato di pelliccia per il riparo dall'aria e dall'umidità; i guantoni che ne proteggono le mani dal freddo e dalle escoriazioni nelle cadute; gli stivali e le ginocchiere che lo salvino da gravi contusioni o altre lesioni alle gambe e al ginocchio (insieme alle mani il più vulnerabile); gli occhiali per la polvere; l'avvertenza di tenere la bocca chiusa e respirare per le narici ; ma dove ha da mettere il maggiore impegno è nella difesa della testa a mezzo del casco. Questo, oltre a proteggere le orecchie dal frastuono, colle alette, lo preserverebbe da lesioni della volta cranica: le più pericolose per la vita.

Il casco è costituito da un rivestimento esterno di cuoio duro, da una camera d'aria nel mezzo e da diversi strati di tessuti disposti in modo da attutire l'effetto di eventuali cadute.

La caduta è purtroppo ciò che solo interessa e teme il giovane bramoso di misurarsi nella furia della corsa. Di molto si potrebbe ridurre la pericolosità migliorando la strada: l'agguato ce lo tende sempre essa, nella curva invisibile, insidiosa o nell'irregolarità del fondo. Fino a che le strade non saranno in migliori condizioni, le statistiche dei sinistri registreranno un continuo aumento e l'impeto del piccolo centauro, metà nervi e muscoli e metà acciaio, nel conquistare la salita, nel vincere lo spazio, potrà esser coronato dalla vittoria o afflitto da un accidente.

Non è quindi improprio asserire che lo sviluppo del motociclismo risulta più nocivo, per le malattie cui predispone, per gl'infortuni cui dà luogo, che utile alla salute.

L'America, più ricca ma anche più evoluta in questo campo, registra un continuo decremento nel motociclo; l'automobile sempre avanza.

(Sassello). Dott. CARLO FRANCAVIGLIA.

POSTA DEGLI ABBONATI

Al dott. B. M. da S. M., abb. n. 2207:

Oltre a « Medicamenta », che è un repertorio molto utile di notizie sui medicamenti e che però attualmente è esaurito, consulti: I. SIMON: *Trattato di farmacologia.* Unione tipografico-editrice Torinese, 1930.

fil.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

COMEL e BICH. *Azione della fangoterapia sull'uricemia, glicemia, calcemia e fosfatemia e sull'eliminazione renale dell'acido urico.* — Milesi e F., Milano, 1930.

A. SCATURRO. *Eliminazione spontanea di un tumore misto del colon.* — Tip. Osp. Benefic., Palermo, 1930.

Q. VISCHIA. *La fisioterapia nell'angina pectoris.* — Tip. E. Zerboni, Milano, 1930.

L. BANTI. *Sobre la valoracion de la hormona ovarica.* — Impr. Mercatali, Buenos Aires, 1929.

C. DEL PRATO. *Micetoma del piede osservato in Romagna.* — L. Cappelli, Bologna, 1929.

L. BANTI. *Actividad de la hormona ovarica suministrada por via gastrica.* — Impr. Mercatali, Buenos Aires, 1929.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

VI. - Riduzione dello stipendio degli impiegati degli enti locali.

Con effetti dal 1° dicembre 1930 sono stati ridotti in ragione del 12 % gli stipendi, i salari, le paghe, ecc. degli impiegati e salariati, quale che ne sia la categoria, l'ordinamento giuridico, l'ufficio, il servizio, la classifica e il grado. Sono soggetti a riduzione gli stipendi, gli assegni, gli emolumenti, le competenze accessorie, le indennità caroviveri. È da ritenere che non ne siano eccettuati i così detti assegni *ad personam*, anche se derivino da una transazione o abbiano comunque una causa speciale. Si potrebbe dubitare dell'applicabilità della riduzione alle così dette indennità di cavalcatura. È noto che si discusse se queste, essendo in sostanza un rimborso di spese a *forfait*, fossero soggette alla imposta di R. M. Tale questione fu risoluta legislativamente, con dichiarazione dell'obbligo del tributo, dall'art. 3 della legge 22 luglio 1894 n. 337.

A prescindere da questo precedente, è da ritenere che, data la efficacia della disposizione relativa alla riduzione disposta dal Governo, e la finalità alla quale è preordinato questo provvedimento di carattere generale, non ne siano eccettuate le indennità attribuite a *forfait* in considerazione delle spese che la prestazione del servizio rende necessarie.

È ridotto anche lo stipendio minimo stabilito dalla G. P. A. a norma dell'art. 34 del R. D. 30 dicembre 1923 n. 2889, salvi successivi temperamenti che sembrano possibili, in base ad accurate revisioni da parte degli organi di tutela, in forza dello stesso art. 34, tenuto conto della condizione di quegli impiegati degli enti locali, il cui trattamento economico non è stato migliorato dal 1923. Ma questo temperamento è una eventualità che potrà essere considerata dal Governo.

VII. - Concorso - Giudizio della commissione.

Denunziava il ricorrente: violazione delle norme giuridiche concernenti il procedimento dei pubblici concorsi; mancato giudizio comparativo per gli aspiranti; inesatta valutazione e omessa comparazione dei titoli dei primi graduati.

La V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 30 dicembre 1930 n. 760, confermando la giurisprudenza ormai dominante, ha considerato che non si possono stabilire criteri rigidi ed assoluti, dovendo variare l'applicazione di essi secondo le particolarità dei casi purchè « dal verbale risulti che la Commissione non abbia agito a capriccio e non abbia ubbidito a tendenze di favoritismo, ma siasi attenuta a criteri di obbiettività, di serenità e di giusta integrale valutazione dei titoli ».

Premessi questi criteri, ha esaminato il caso concreto in rapporto al criterio di massima stabilito dalla Commissione, ed ha ritenuto questo sufficiente, perchè risultava, sia pure genericamente e senza precisazione, l'intendimento di tenere in maggiore considerazione i titoli riguardanti l'attività tecnica e professionale dei candidati.

Ha poi rilevato che la Commissione procedette alla elencazione dei titoli ed espresse il suo giudizio conclusivo circa la capacità di ciascun concorrente, desumendo dal loro confronto la maggiore o minore capacità di ciascuno ed il loro collocamento in graduatoria, in base ai punti loro assegnati. Così operando conclude la decisione, « la Commissione ha dimostrato di non aver agito a capriccio, ma di essersi attenuta a criteri di obiettività, di serenità e di giusta integrale valutazione dei titoli, il che è sufficiente ai fini del controllo di legittimità, a riconoscere la validità delle operazioni da essa eseguite ».

Prescindendo dal caso concreto, e quindi dalla risoluzione specifica, il criterio direttivo ormai dominante non può essere accolto senza riserve.

Con altra decisione 30 dicembre 1930 numero 761, la V Sezione ha invece dichiarato illegittimo il giudizio della Commissione, confermando lo stesso principio direttivo, ma rilevando, in concreto, imperfezione e insufficienza di criteri di massima, incompleto esame di titoli etc..

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, cons. legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

Lotta contro gli stupefacenti alla Società delle Nazioni.

La commissione consultiva degli stupefacenti presso la Società delle Nazioni, adunatasi a Ginevra, ha finito la discussione dell'ordine del giorno della recente sessione; si attende ora che il presidente rediga il rapporto conclusivo da inviare al Consiglio.

La sessione ha avuto particolare importanza, tanto che la commissione ha dovuto sedere per un mese consecutivamente, onde assolvere il compito assai delicato di redigere il piano di limitazione da sottoporre alla prossima conferenza mondiale, della quale abbiamo già dato notizia.

Nelle sue ultime sedute la commissione si è occupata dei sali derivati dalla morfina, che fino a oggi erano sfuggiti a ogni controllo e a ogni convenzione internazionale. Il delegato italiano prof. C. E. Ferri, valendosi di una larga documentazione statistica, ha dimostrato come avvenga su larga base il deviamento di grandi quantità di morfina nel traffico illecito attraverso i sali derivati. L'aumento costante della morfina, che in Francia, in Germania e in Svizzera per parecchie decine di migliaia di chilogrammi viene trasformata in prodotti quale la benzolo-morfina, dimostra che con tali procedimenti si riesce a sfuggire alle disposizioni delle leggi di controllo. Il delegato italiano ha concluso ricordando come uno dei punti illustrati dal primo delegato sen. Cavazzoni prevedeva appunto l'estensione della limitazione a tutti i derivati della morfina e della cocaina.

La commissione su proposta del delegato italiano, al quale si sono associati i delegati inglese, spagnolo e belga, ha approvato una raccomandazione ai Governi affinchè si provveda a colpire i fabbricanti che, attraverso siffatte trasformazioni chimiche, alimentano il contrabbando della droga.

La prossima conferenza mondiale, che si convocherà il prossimo maggio in Ginevra coll'intervento di tutti gli Stati, compresi i Sovieti e la Turchia, rappresenterà la fase culminante e decisiva della lotta internazionale contro gli stupefacenti.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANCONA. *Manicomio Provinciale.* — Scad. 20 febbr.; medico praticante interno; L. 5000 ridotte del 12 %, vitto, alloggio, servizio. Titoli di preferenza: pratica di ricerche serologiche e biochimiche. Votazioni durante gli studi universitari. Rivolgersi alla Direzione.

BORGONOVO VAL TIDONE (*Piacenza*). — 1° Reparto: scad. ore 17 del 28 feb.; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dall'11 gen.; L. 9500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1470 indennità integrazione; per trasporto L. 3000 oltre assegno revidibile di L. 1200; deduzione 12 %.

BRESCIA. *Amministrazione Provinc.* — Medico aiuto presso l'Ospedale Psichiatrico Provinciale; L. 12.000 oltre L. 3500 serv. att. e c.v., dedotti del 12 %; alloggio. Scad. ore 16 del 28 febbr. Tassa L. 25 all'Economato Provinciale (Palazzo Broletto). Chiedere ann. al Segretario.

CANNETO PAVESE (*Pavia*). — Scad. 28 feb.; lire 11.176 e 5 quadrienni dec.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

CARRARA. *Municipio.* — Al 28 feb.; 2ª zona; lire 9500 e 5 quinquenni dec., oltre L. 1500 cavalc. e c.-v.; riduz. 12 %; tassa L. 50; serv. entro 20 gg.; doc. a 3 mesi dal 20 gen.

CARRO (*La Spezia*). — Scad. 31 mar.; L. 6636 oltre L. 1232 trasp., L. 440 uff. san.; 10 bienni ventesimo; età lim. 25-38 a.

CESSOLE (*Alessandria*). — Scad. 15 mar.; L. 7000 oltre L. 500 uff. san.; riduz. 12 %.

COLLEBEATO (*Brescia*). — Scad. 15 mar.; L. 8800 e 6 quinquenni dec., c.-v., per uff. san. L. 440: tassa L. 50.

COSSOMBRATO (*Alessandria*). — Scad. 15 mar.: con Villa Corsione; L. 6100 e quinquenni dec., oltre L. 440 uff. san., L. 440 cavalc.; età lim. 45 a.; tassa L. 50.

GIAVE (*Sassari*). — Condotta poveri. Stipendio annuo L. 8360. Assegno Ufficiale Sanitario L. 704. Assegno tenuta armadio farmaceutico L. 704, un tutto lordo. Quattro aumenti quadriennali di un decimo. Domanda e documenti debbono pervenire al Comune entro il 28 febbraio.

LENTINI (*Siracusa*). *Ospedale Civile.* — Medico chirurgo; scad. 28 febbr.

LU MONFERRATO (*Alessandria*). — Scad. 4 apr.; L. 7000 oltre L. 1500 cav.; aumenti di legge.

LURAS (*Sassari*). — Scad. 10 mar.; L. 9500; età lim 35 a.

MILANO. *Commissione amministratrice degli Ospedali Fatebenefratelli e Ciceri detto Fatebenesorelle.* — Dirigente la Sezione Radiologica ed Elettroterapica dell'Ospedale Ciceri; L. 7500 ridotte del 12 %, partecipaz. Età lim. 45 a. Scad. ore 15 del 7 apr. Chiedere annunzio. Rivolgersi all'Ufficio di Protocollo della Presidenza (via Fatebenefratelli, Milano).

ORISTANO. *Ospedale Civile.* — Primario medico e assistente chirurgo; rispettiv. L. 12.000 e lire 9000; età lim. 36 a.; scad. 15 marzo. Chied. annunzio. Rivolgersi Congregaz. di Carità.

ORTEZZANO (*Ascoli Pic.*). — Scad. 5 mar.; lire 7655 e 5 quadrienni dec. oltre L. 440 indenn. laurea, L. 440 uff. san., L. 500 arm. farm.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

OSCHIRI (*Sassari*). — Scad. 28 feb.; 2ª cond.: L. 9500 e 5 quadrienni dec. oltre L. 2500 cavalc., riduz. 12 %.

OSIDDA (*Nuoro*). — Scad. 1° mar.; L. 10.500 e 5 trienni dec., oltre L. 800 uff. san., L. 1000 arm. farm., L. 1400 serv. att.; età lim. 45 a.

PARMA. *Amministr. Provinc.* — Direttore del Manicomio di Colorno; L. 21.500; 3 trienni e 3 quadrienni decimo; deduz. 12 %; alloggio vuoto per famiglia; scad. 31 marzo.

PAVONE CANAVESE (*Aosta*). — Scad. 30 mar.; lire 9000 e 10 bienni di L. 500, L. 1000 indenn. serv. consorziale, L. 500 trasp., c.-v.; età lim. 35 a.

PERUGIA. *Amministrazione Provinciale.* — Assistente della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di igiene e profilassi. Per titoli ed esami. Per essere ammessi al concorso, gli aspiranti dovranno far pervenire, non più tardi delle ore diciotto del giorno 30 aprile, oltre la domanda in carta bollata di lire tre, i documenti di rito, debitamente bollati e legalizzati, la laurea in medicina e chirurgia e la quietanza della tassa di L. 50, da pagarsi al Cassiere provinciale (Monte dei Paschi di Siena - Succursale di Perugia).

Stipendio annuo lordo di L. 10.000, aumentabile a L. 15.000, mediante 5 scatti quadriennali di L. 1000 ognuno, e l'annua indennità di servizio attivo di L. 2800 lorde. Indennità di caro-viveri in vigore e fin quando saranno mantenute.

Gli indicati stipendio ed indennità saranno ridotti nella misura del 12 %, giusta il R. D. L. 20 novembre 1930, N. 1491. Per altre notizie e per avere copia integrale dell'avviso di concorso, rivolgersi alla Segreteria Generale della Provincia.

Perugia, 28 gennaio 1931-IX.

ROMA. *Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali.* — Scad. 28 feb.; 15 posti di medico; titoli ed esami; L. 23.000 nette di R. M., detratto 5 % pel trattam. di previdenza e 12 % pel R. D. L. 20 nov. 1930; oltre l'aggiunta di famiglia. Divieto esercizio profess. privato. Età lim. 40 a.; doc. non anter. al 1° dic. Chiedere annunzio alla Direzione Generale (Servizio personale), via Minghetti 17, Roma.

ROMA. *Governatorato.* — Scad. 15 marzo, ore 12,30; 4 posti di medico condotto di 2ª classe; età lim. 35 (40) a.; tassa L. 50; stip. L. 14.400 aumentabili a L. 16.700 in 12 anni, oltre L. 1690 serv. att. e c.-v.; riduz. 12 %. Chiedere bando alla Ripartizione 1ª, Personale.

VALEGGIO LOMELLINA (*Pavia*). — Scad. 25 feb.; L. 10.000 e 5 quadrienni dec.; riduz. 12 %; c.-v.; per uff. san. L. 300.

VEDELAGO (*Treviso*). — Stipendio L. 8000. Indennità trasporto L. 2500. Indennità caro-viveri di legge. Documenti di rito. Scadenza 30 aprile. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Municipale.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

All'Accademia di Medicina di Parigi sono stati eletti membri associati nazionali il prof. Tixier, di clinica chirurgica a Lione, e il prof. Pachon, di fisiologia a Bordeaux, i quali già erano membri corrispondenti dell'Accademia.

Il prof. Thomas G. Moorehead, di Dublino, è nominato presidente della Reale Accademia di Medicina dell'Irlanda.

All'Accademia Nazionale di Medicina del Messico sono stati eletti: presidente dott. Luis Rivero Borrell; vicepresidente dott. Demetrio López; segretario annuale dott. Leopoldo Escobar.

Il dott. Pietro Bosio, maggiore medico nella R. Marina, è nominato, *motu proprio* Sovrano, cavaliere nell'Ordine dei SS. Maurizio e Lazzaro. Rallegramenti.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Padova.

Notizie dell'Università.

Il giorno 13 gennaio con grande solennità venne inaugurata la nuova aula di Anatomia patologica nel grandioso Istituto del quale si è arricchito da poco questo Ateneo, seguendo le direttive del prof. G. Cagnetto.

Con questa e con altre opere l'Università padovana va creando sedi di studio che rivaleggiano con le più belle e le meglio arredate che si possono trovare nelle capitali europee.

Alla cerimonia presenziavano il Rettore Magnifico prof. G. Ferrari, i professori della Facoltà di Medicina, numerose autorità della scienza ed una folla di studenti.

Dopo calde parole di saluto dette dal Rettore, parlano a nome degli studenti il fiduciario Angelo Girotto e la signorina Annamaria Cometti che offre al prof. Cagnetto un mazzo di fiori. Il prof. Cagnetto pronuncia quindi il suo discorso ufficiale. Egli, dopo aver richiamate alla memoria le due amate figure di Luigi Lucatello e di Augusto Bonome che Padova sempre ricorda con affetto, rifà la storia degli studi e degli studiosi dell'anatomia patologica, con speciale riguardo all'Italia ed ancor più a Padova. Qui Alessandro Benedetti legnaghese per primo sullo scorcio del secolo XV a sue spese preparava una sala dove ospitare gli scolari per le dimostrazioni sul cadavere; dopo di lui il grande Vesalio, e Realdo Colombo, ed il Falloppio, e, circa un secolo dopo, Fabrizio d'Acquapendente (al quale si deve quel teatro anatomico che forma prezioso cimelio nel palazzo centrale universitario) e sopra tutti G. B. Morgagni onorano la Scuola Medica padovana.

L'aula che ora si inaugura può contenere nelle gradinate e nella loggia ben cinquecento uditori, mentre altri possono trovar posto nell'emiciclo. È corredata di impianti didattici modernissimi, di sistemi di proiezione, di microproiezione, di epidiascopia, di tavole nere e bianche scorrenti le une sulle altre, ecc. All'aula fanno corona gli altri ambienti dell'Istituto che in Europa non ha uguali; non gli stanno a pari nemmeno quelli del grandioso Istituto di Monaco di Baviera. Oltre che sale e laboratori di necroscopia vi sono sale e laboratori per il direttore, per aiuti ed assi-

stenti, per il personale inserviente, per allievi medici e studenti, laboratori di batteriologia, di chimica, di preparazione di succhi organici, di vivisezione, di microfotografia; v'è un museo contenente 1200 preparati che ha annesse speciali sale di preparazione; infine l'Istituto è dotato di una ricca biblioteca.

Il prof. Cagnetto chiude il suo discorso fra calorosi applausi delineando per il futuro ideali programmi di studio e rivolgendo parole augurali per l'avvenire scientifico della gioventù studiosa.

PLF.

NOTIZIE DIVERSE.

3° Congresso internazionale di radiologia.

Come abbiamo già annunziato, si terrà a Parigi sotto la presidenza di A. Béclère.

I temi all'ordine del giorno sono: « Esplorazione radiologica della mucosa del tubo digerente »; « Esplorazione radiologica dell'apparecchio urinario a mezzo di escrezione di sostanze opache »; « Trattamento pre- e post-operatorio del cancro mammario con le radiazioni (eccettuate le recidive e le metastasi) »; « Radioterapia delle affezioni infiammatorie »; « Elettroterapia diatermica delle affezioni infiammatorie ».

La delegazione italiana è stata così costituita: proff. Pasquale Tandoja, A. Busi, M. Bertolotti, A. Rossi, R. Balli. Quale relatore italiano sul tema « Radioterapia delle affezioni infiammatorie » è stato designato il prof. Eugenio Milani.

La corrispondenza va diretta al: Secrétariat du III Congrès International de Radiologie, 122 rue del Boëtie, Paris VIIIe.

I riassunti dattilografati delle comunicazioni, di 400 parole al massimo, in francese, inglese o tedesco, devono essere inviati alla Segreteria non oltre il 1° aprile. L'italiano figura come lingua ufficiale.

La quota di iscrizione è di franchi 300: le ferrovie francesi hanno accordato il 50 % di ribasso. La Segreteria invierà le istruzioni dettagliate a coloro che avranno corrisposto la quota di iscrizione.

Le sedute saranno tenute alla Sorbona; sono state costituite 6 sezioni per le varie comunicazioni: in sedute plenarie saranno svolti invece gli argomenti di attualità affidati ai relatori dei vari paesi designati dalle Società di Radiologia Nazionali.

Corsi complementari d'igiene pratica.

Si terranno nelle Università di Catania, di Modena e di Milano, a partire rispettivamente dal 1° marzo, dal 1° aprile e dal 13 aprile, per la durata di due mesi; per aspiranti ufficiali sanitari. Tasse rispettiv. L. 450, L. 400 e L. 300. Chiedere annunzio alle segreterie universitarie.

L'Istituto sanatoriale del Poggiolo.

Il Consorzio Provinciale Antitubercolare di Firenze ha in costruzione un Istituto sanatoriale, nella tenuta del Poggiolo, acquistata dal Consorzio e situata a circa 8 Km. da Firenze, nei territori dei comuni di Sesto Fiorentino e di Vaglia, in una posizione delle più amene: è estesa 46 ettari, dei quali 26 a rotazione agraria, 2 a viteto e circa 17 a boschi. L'Istituto risulterà di tre padiglioni, di cui due per i ricoverati, divisi in maschi e femmine, ed uno per i servizi generali; un'antica villa, con le sue dipendenze, sarà occupata dalla direzione. A causa della forte pendenza del terreno, gli edifizi costruendi sono a scaglioni. L'Istituto sarà per ora capace di 104 ricoverati; ma è ampliabile. Le camere da letto, esposte completamente a sud, sono a 4, 8 e 10 posti. L'Istituto deve servire per ricovero pre- e post-sanatoriale; ha quindi carattere di convalescenziario e preventorio, con speciali caratteristiche proprie. Sono previste le cure di lavoro per i ricoverati: agricoltura, giardinaggio e alcuni mestieri.

La direzione dei lavori è stata affidata all'ing. Vittorio Rogantini, sotto la guida del direttore del Consorzio, prof. Bindo De Vecchi. L'inaugurazione avrà luogo il 28 ottobre prossimo.

Casa di riposo Vallardi.

Il comm. Cecilio Vallardi, proprietario di una delle maggiori aziende editoriali italiane, ha fatto sorgere ad Appiano Gentile, in amenissima posizione, tra i laghi di Varese e di Como, una casa di riposo intitolata ai suoi genitori Francesco e Teresa, destinata a cittadini italiani laureati o provvisti di titolo equipollente rilasciato da un Istituto Superiore del Regno, che in tarda età, per disgrazie o per malattie sofferte, si trovassero in disagiate condizioni economiche. La casa è fornita di tutte le comodità moderne, compreso il riscaldamento centrale. Ogni ricoverato avrà una camera propria e potrà fruire di sale di riunione e di ricevimento, di lettura e di gioco. La casa dispone di una biblioteca e di una sala di conferenze. L'ammissione è subordinata alle seguenti condizioni: avere compiuto 70 anni, essere immuni da malattie e appartenere alla religione cattolica Saranno equamente rappresentate le varie regioni d'Italia. A parità di meriti, costituiranno motivi di preferenza: l'essersi distinto in qualche ramo del sapere, la maggiore età, l'essere nativo delle province lombarde. La direzione è affidata a persona laica. Per un periodo iniziale di avviamento, il comm. Cecilio Vallardi ha riservato a sè personalmente l'ammissione dei ricoverandi; gli vanno indirizzate le istanze ad Appiano Gentile (Como).

L'istituzione è stata inaugurata con l'intervento delle rappresentanze governative, provinciali e comunali, in occasione del 50° anniversario dell'attività editoriale del comm. Vallardi, ed è entrata subito in piena funzione.

La Fondazione Mayo.

I dottori William e Charles Mayo, mediante il loro lavoro onesto e benefico, nella Clinica di Rochester, nota in tutto il mondo, hanno accumulato la somma di 13 milioni di dollari, pari a circa un quarto di miliardo di lire italiane. Alla morte dei due fratelli questa ingente ricchezza non andrà alle loro famiglie; ma sarà destinata a benefizio dell'umanità, mediante la « Fondazione Mayo » per l'insegnamento della medicina e per ricerche scientifiche, presso l'Università di Minnesota. I due sommi operatori si sono imposta la regola di non spendere più della metà dei loro introiti; il di più è destinato alla loro Fondazione, che ha precipuamente lo scopo di promuovere gli studi e la pratica professionale dei

chirurgi, i quali in avvenire continueranno l'opera colossale ed umanitaria organizzata a Rochester, ove i chirurgi sono legione. Gli « Anales de Círugía » hanno raccolto, dalla viva voce di William J. Mayo, alcune confidenze. Risulta che nel 1894 i due fratelli avevano già terminato di pagare la loro prima installazione e che la Clinica si sosteneva da sola. Le loro concezioni si affermavano esatte: la mortalità degli operati risultava minima, e perciò i pazienti affluivano sempre più numerosi. I guadagni cominciarono ad accumularsi; ma sembrava ai due fratelli che quella fortuna, la quale cresceva quasi di giorno in giorno, fosse molto maggiore di quella che gli uomini hanno diritto ad usare — per quanto possano lavorare intensamente e per quanto sia legittimo il guadagno. Già nel 1894 i due fratelli presero a discutere questo argomento, che, infine, divenne per essi quasi una ossessione. Giunsero alla decisione di limitare le spese, per sè e le famiglie, alla metà degli introiti. Poi le poterono ridurre ancora, pur conducendo una vita comoda e decorosa; il resto venne considerato come « denaro sacro », da restituire all'umanità. Essi se ne considerano semplicemente i depositari o gli amministratori.

Sarebbe difficile concepire sentimenti più elevati.

Nuove istituzioni sanitarie nel Newyorkese.

Lo Stato di New York ha approvato la spesa di 50 milioni di dollari, pari a circa un miliardo di lire italiane, per nuove istituzioni destinate al trattamento e alla prevenzione delle malattie mentali: ospedali psichiatrici, scuole per frenastenici e per epilettici, riformatori e prigioni (è noto che negli Stati Uniti i delinquenti abituali si considerano malati di mente, in conformità alla concezione lombrosiana).

Per l'Università di Sidney.

La Fondazione Rockefeller ha donato 100.000 dol., pari a circa 2 milioni di lire it., all'Università di Sidney (Australia), affinchè possano essere migliorati gli attrezzamenti dei laboratori di clinica medica, clinica chirurgica, patologia, batteriologia ed affini della Scuola di medicina. La donazione è divenuta possibile — in base agli statuti della Fondazione — dopo che, per la generosità del sig. George Bosch di Sidney, sono stati istituiti, per la clinica medica, la clinica chirurgica e la batteriologia, insegnamenti « a tutto tempo », cioè con stipendi tali da esonerare dalla attività extra-didattica.

Elargizioni e lasciti.

Il gr. uff. Antonio Maino, presidente dell'Ospedale di Circolo di Gallarate, ha donato la somma di mezzo milione di lire per la costruzione di un nuovo padiglione.

Per gli studenti universitari delle nostre Colonie.

Il Ministero dell'Educazione Nazionale ha deciso che i giovani nati e domiciliati nelle nostre Colonie africane, come pure nelle Isole Egee, iscritti nelle nostre Università, debbano essere, sotto il riguardo del pagamento delle tasse e sopratasse, considerati come stranieri, e quindi esonerati in misura della metà.

Borsa italiana di studio per un medico bulgaro.

L'ing. Luigi Burgo, presidente dell'Istituto « Benito Mussolini », clinica della tubercolosi e delle malattie dell'apparato respiratorio, istituita dalla Confederazione Generale Fascista dell'Industria italiana, d'accordo col sen. Antonio Garbasso, presidente della C.N.A.S. ha messo a disposizione della Direzione Generale di Sanità del Regno di Bulgaria una borsa di studio per medico laureato, cittadino bulgaro che intendesse perfezionarsi in tisiatria.

Fusione delle tre Società psichiatriche di Parigi.

La « Société médico-psychologique », la « Société clinique de Médecine mentale » e la « Société de Psychiatrie » si sono, finalmente, fuse, con vantaggio dell'economia amministrativa e della documentazione bibliografica. La prima di queste tre società, che è la più antica, riunirà i membri delle altre due. Si terranno due sedute mensili, una delle quali esclusivamente clinica. Quale segretario permanente, in sostituzione del dott. H. Colin, morto di recente, è stato nominato il dott. R. Charpentier, la cui competenza eccezionale in materia d'organizzazione societaria assicura una vita prospera alla Società e al suo organo ufficiale, « Annales médico-psychologiques », che risentiranno una trasformazione e un impulso sotto la sua egida. Nel periodico vi sarà una collaborazione internazionale.

Vigilanza dell'ufficio d'igiene di Roma sull'esercizio delle professioni sanitarie.

Tra le varie funzioni che il Regolamento legislativo per il Governatorato ha demandato all'Ufficio d'Igiene e Sanità governatoriale, in aggiunta alle mansioni ordinarie di pertinenza degli uffici d'igiene comunali, è compresa anche la vigilanza sull'esercizio delle professioni sanitarie e sulle arti ausiliarie di dette professioni.

L'Ufficio d'Igiene e Sanità di Roma ha svolto nell'anno decorso una rigorosa azione anche in questo campo, cercando, prevalentemente, di esercitare un'opera di prevenzione, essendosi riconosciuto che, in materia di abusivismo delle professioni sanitarie e delle arti ausiliarie, è maggiormente utile il prevenire che il reprimere.

Nell'azione di vigilanza svolta nel decorso anno nessuna forma di attività è stata trascurata.

Il complesso e delicato lavoro di vigilanza eseguito nell'anno 1930 ha portato tra l'altro, ai seguenti provvedimenti:

Persone denunciate all'autorità giudiziaria 120 (per esercizio abusivo della medicina, 2; per esercizio abusivo dell'odontoiatria, 8; per esercizio abusivo della professione di farmacista, 22; per inottemperanza delle disposizioni di legge sull'esercizio delle farmacie, 19; per abuso del titolo di medico, 1; ecc.); persone diffidate, 145 (delle quali: medici, 6; farmacisti, 35; ostetriche, 3; odontotecnici, 8; ecc.).

La Croce Rossa Americana ha rifiutato mezzo miliardo dal Governo.

Per alleviare la miseria gravissima determinata dalla siccità ed aggravata dagli scioperi, in 21 Stati dell'Unione nord-americana, il presidente della Croce Rossa Americana, Barton Payne, il 10 gennaio aveva lanciato un appello diretto a racco-

gliere 10 milioni di dollari, da sottoscrivere entro 15 giorni; l'Associazione stessa ne offriva 5.

Seguirono vivaci attacchi contro l'Associazione, perchè l'intervento era tardivo e perchè si sosteneva che la carità privata è ormai esausta. Secondo questa tesi, avrebbe dovuto provvedere il Governo. In esito alla campagna — nella quale ha avuto molta parte l'on. La Guardia — il Senato votava, il 27 gennaio, un credito di 25 milioni di dollari, pari quasi a mezzo miliardo di lire it., in favore della Croce Rossa Americana. Se non che, il Consiglio d'amministrazione di questa ha rifiutato ad unanimità il dono, e ciò per una questione di principio, dovendosi fare assegnamento sui contributi volontari, ed anche a titolo di protesta contro la campagna di cui l'Associazione era stata oggetto. In conformità a tale deliberazione, la Camera dei rappresentanti ha rigettato, il 30 gennaio, con 200 voti contro 90, il progetto di legge, già approvato dal Senato.

L'esito di un'inchiesta sulla strage della nebbia nel Belgio.

L'inchiesta ordinata dalle autorità del Belgio sulla strage operata dalla fittissima nebbia nella vallata della Mosa lo scorso dicembre, si è chiusa con la constatazione che le sessanta persone decedute in quella dolorosa circostanza sarebbero state vittime dell'inalazione di anidride solforosa, gas venefico emesso col fumo prodotto dagli stabilimenti industriali esistenti in quella zona e mescolatosi con la nebbia.

Per il monumento a C. Golgi.

Nell'aula foscoliana dell'Università di Padova sono stati esposti i bozzetti presentati al concorso per il monumento a Camillo Golgi, cui hanno partecipato 34 scultori.

I visitatori, oltre un migliaio, hanno firmato un apposito album, anche come omaggio speciale al grande Maestro scomparso.

Commemorazione di Berengario da Carpi.

Nella ricorrenza del 4° centenario della morte del grande anatomico Jacopone Berengario da Carpi, si è tenuta una cerimonia commemorativa a Gonzaga; hanno parlato il prof. Colombini, rettore dell'Università di Modena, il prof. Ferrari, presidente del Comitato di Storia Patria, ed altri.

Medico che dà il suo sangue.

Il dott. Saverio Signorelli, assistente nell'Ospedale di S. M. Nuova in Firenze, ha dato il sangue per una donna affetta da anemia acuta per emorragia interna

---

È morto il prof. ALBERICO TESTI, in età di 78 anni. Fu a lungo primario, ora emerito, dell'Ospedale civile di Faenza e direttore sanitario delle Terme di Castrocaro. Nel 1925 all'Ospedale di Faenza gli veniva inaugurato un busto, offerto dalla città. Il Testi donava allora all'Ospedale 200.000 lire, e numerose sono state le altre beneficenze da lui fatte.

Lascia pregevoli lavori di clinica e patologia.

U. I.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Riv. di Cl. Ped., ott. — G. GUASSARDO. Variazioni in Ca e K del sangue in seguito a iniezioni di determinati ormoni. — A. FUCCI. Complicazioni nervose della pertosse. — C. CURRADO. Importanza del fegato nel metabolismo dell'acqua.

Difesa Soc., giu. — A. GOVAERTS. I figli dei tubercolotici.

Scalpel, 11 ott. — R. COURTOIS. Errori diagnostici nella tbc. polm.

Journ. Méd. Franç., ag. — Numero sul cancro del fegato e delle vie bil.

Journ. des Prat., 11 ott. — DANO. Dolore gastrico e astenia.

Gaz. d. Hôp., 8 ott. — M.-P. WEIL e C.-O. GUILLAUMIN. La calcemia.

Annali d'Ig., sett. — G. LUZZATTO-FEGIZ. Micobatterio tubercolare umano avirulento.

Riv. Ospedal., sett. — G. BOMBI. Patologia del mesentere.

Paris Méd., 11 ott. — P. LEREBOULLET. L'opoterapia timica. — J.-B.-H. WARING. La nuova diatermo-chirurgia.

Arch. It. di Chir., 1. — G. CERUTI e F. BENSO. La curva glicemica in casi di tumori maligni.

Riv. Oto-Neuro-Oftalm., lug.-ag. — DI MARZIO e FUMAROLA. I disturbi dei movimenti associati degli occhi.

Med. Klinik, 10 ott. — G. BUTHNER. L'ipotireosi nella pratica chirurgica.

Brit. Med. Journ., 11 ott. — R. MUIR. Sviluppo intra-epiteliale del carcinoma.

Soc. des Chir. de Paris, 4 lug. — LE FUR. Tumori pararenali. — MASSART. Pseudoartrosi e disturbi di consolidazione delle fratture. — V. PAUCHET. Chirurgia degli obesi. — S. DE DZIEMBOWSKI. Bile bianca.

Journ. A. M. A., 27 sett. — J. FRIEDENWALD. Costituzione e disturbi gastro-intestin. — G. S. DERBY. Neurosi oculari — K. E. BIRKHAUG. Metaphen. — D. BEN MARTINEZ e M. E. HODGDON. Profilassi delle infezioni puerperali.

Journ. de Chir., sett. — A. PINTO. Encefalografia arteriosa. — G. PIERI. Trattam. della sacrocoxalgia.

Amer. Journ. Obst. a. Gyn., sett. — F. H. FALLS. L'anestesia locale nelle operazioni ginecologiche. — A. S. HYMAN. Irregolarità del cuore fetale. — A. F. LASH. Spirochete nell'infez. puerper.

Amer. Journ. Med. Sc., ott. — B. WOLBACH e K. D. BLACKFAN. Nefrosi. — H. O. MOSENTHAL e B. ASHE. Trasfusione nel morbo di Bright. — J. F. LANDON. Trasfusione nelle malattie infett. acute. — N. W. JONES e D. L. PALMER. Colecistite cronica. — R. D. RUDOLF e A. G. SMITH. Dolore viscerale.

Arch. Ital. di Dermatol. ecc., sett. — V. NICOLETTI. Reaz. di precipitaz. zonale pe la sierodiagn. di sifilide. — A. POZZO. Reaz. di Hay, disfunzione epatica e trattamenti arsenobenzolici. — M. FRAULINI. Reaz. colloido-chimica di Takata-Ara nei liquidi cefalo-rachidiani luetici. — E. TARANTELLI. Elementi filtrabili del b. di Koch nella tbc. cutanea.

Rivista Terapia Mod. e Med. Prat., Milano, gennaio 1931. — Rivendicaz. scient. italiane: Contrib. ital. campo chirur. — Soc. Ital. Chirur. nei suoi 30 Congressi. — Med. soc.: I lavori premiati conc. Soc. Ital. Med. Soc. — Iconografia med. ital. — Notizie.

Indice alfabetico per materie.

V. ASCOLI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

Agli abbonati del " Policlinico „

A rate mensili:

I signori abbonati che desiderano fornire la propria biblioteca delle seguenti opere edite dalla nostra Casa, tengano presente che essi, oltrechè alle condizioni qui sotto annunziate per l'acquisto a contanti, possono anche ottenerle pagandone il relativo ammontare, calcolato a prezzo di copertina, *coll'invio anticipato di un terzo all'atto della richiesta, o col versamento del predetto* **terzo** *al ricevimento delle medesime in* **pacco gravato d'assegno,** *ed il restante ammontare mediante rate mensili di L. 20 ciascuna, sino alla estinzione dell'importo totale delle opere stesse.*

Prof. Dott. LEONARDO DOMINICI
Docente di Patologia, Chirurgia, Clinica Chirurgica e Medicina Operatoria nella R. Università di Roma.

PICCOLA CHIRURGIA E CHIRURGIA D'URGENZA

Prefazione del prof. **Roberto Alessandri.**

Un volume (n. 16 della nostra Collana Manuali del « Policlinico ») di pagg. IV-452, con 225 figure intercalate nel testo, nitidamente stampato su carta semipatinata ed artisticamente rilegato in piena tela inglese, con inscrizioni sul piano e sul dorso. Il libro è elaborato con criteri di assoluta praticità, e corrisponde in tutto alle esigenze odierne dei medici chirurgi condotti, dei giovani laureati e dei laureandi. — Prezzo L. **56.** — Per i nostri abbonati sole L. **52.**

Prof. DOMENICO TADDEI
Direttore della R. Clinica Chirurgica dell'Univ. di Pisa

Nuove note e Lezioni di Chirurgia Pratica

Volume di pagg. IV-280, con figure nel testo, nitidamente stampato su carta semipatinata. Prezzo L. **36,** più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. **32,50** in porto franco.

Dott. Prof. GUIDO EGIDI
Libero doc. di Patologia Chirurgica nella R. Università
Chirurgo Primario negli Ospedali di Roma.

Atlante schematico di punti e nodi chirurgici

L'Atlante si compone di 25 Tavole, contenenti 66 nitidissime figure, racchiuse, ma snodate e tenute ferme con due perni d'ottone, in elegante album rilegato alla bodoniana.

Prezzo L. **30,** più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. **25,90** in porto franco.

Dott. WILLIAM SEAMAN BAINBRIDGE
A. M., Sc. D., M. D., C. M., LL. D.
Commendatore della Corona d'Italia.
Membro corrispondente dell'Accademia Medica di Roma.

Il Problema del Cancro

Traduzione in riassunto dalle edizioni inglese, francese e spagnuola, a cura dei Dottori **Giovanni Perilli** e **Arnaldo Pozzi.**

Prefazione del Prof. **ROBERTO ALESSANDRI**
Direttore della R. Clin. Chirurg. della Univ. di Roma
Il libro contiene inoltre un capitolo originale

Sulla lotta e sugli studi contro il cancro in Italia

del suddetto prof. R. ALESSANDRI e del prof. R. BRANCATI, 1° aiuto nella R. Clinica Chirurgica di Roma, nonchè tutta la **bibliografia oncologica italiana** più recente (1910-1926).

La prima copia di questo libro, venne presentata a S. E. MUSSOLINI il quale, compiacendosi vivamente con l'autore e con i collaboratori, ha molto gradito l'omaggio, e ha consegnato al prof. Bainbridge una sua fotografia con dedica.

Un volume in-8°, di circa 400 pagine, nitidamente stampato, ed artisticamente rilegato in piena tela, con iscrizioni sul piano e sul dorso.

Prezzo L. **60,** più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati, sole L. **54** in porto franco.

Prof. Dott. PAOLO GAIFAMI
Direttore della R. Clinica Ostetrico-Ginecologica dell'Università di Bari.

ELEMENTI DI GINECOLOGIA

Avviamento alla Diagnosi Ginecologica e Schemi di Terapia
PER MEDICI PRATICI E STUDENTI.

(Con 243 figure, delle quali moltissime originali, intercalate nel testo).

Un volume in-8°, di pagine XII-373, stampato su carta americana in nitidissimi caratteri bodoniani, con 243 figure nel testo ed artisticamente rilegato in piena tela, con inscrizioni sul piano e sul dorso.

Prezzo L. **68,** più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. **63** in porto franco.

Prof. MICHELE BOLAFFIO
Direttore della R. Clinica Ostetrico-Ginecologica dell'Università di Modena

Lo stato attuale della Radioterapia Ginecologica

Volume in-8°, di pagg. VIII-112, nitidamente stampato su ottima carta, con 10 figure intercalate nel testo e altre 20 su sette tavole fuori testo. — Prezzo L. **20,** più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. **18** in porto franco.

Dott. Prof. O. VIANA
Direttore della Maternità, Brefotrofio e Scuola di Ostetricia in Verona

Ginecologia e secrezioni interne

Prefazione del Prof. N. PENDE

SOMMARIO DEL VOLUME. — **Prefazione.** — **Avvertenza.** — **Introduzione.** — Cap. I. **Gli organi della secrezione interna genitale: la ghiandola interstiziale.** — Cap. II. **Il corpo luteo - Mestruazione e crisi puberale.** — Cap. III. **Malattie genitali da alterata secrezione interna dell'ovaio - Metropatie emorragiche - Annessiti non infettive.** — Cap. IV. **Miomi ed ovaio.** — Cap. V. **Le ipoplasie e le insufficienze funzionali uteroovariche - Dismenorrea - Infantilismo - Clorosi - Disovarie.** — Cap. VI. **Tiroide ed organi genitali; stati ipotiroidei - Morbo di Flaiani-Basedow.** — Cap. VII. **Ipofisi e genitali; sindromi ipofisarie - Acromegalia - Distrofia adiposo-genitale.** — Cap. VIII. **Epifisi - Surreni - Timo, pancreas e genitali.** — Cap. IX. **La mammella come organo a secrezione interna.** — Cap. X. **Endocrinologia del climaterio.** — Cap. XI. **Costituzioni e malattie ginecologiche.** — Cap. XII. **Opoterapia ginecologica.** — Bibliografia.

Un volume in-8° di pagg. VIII-176 (N. 12 delle nostre Monografie medico-chirurgiche d'attualità) nitidamente stampato in carta semipatinata.

Prezzo L. 18. — Per i nostri abbonati sole L. **16.50** in porto **franco.**

Dott. Prof. R. BOMPIANI
Docente e Assistente
nella R. Clinica Ostetrico-Ginecologica di Roma.

L'età pubere nella donna

Breve saggio di fisiopatologia costituzionale con un'appendice sulle anomalie della mestruazione dalla pubertà all'inizio della vita sessuale.

Prefazione del Prof. Sen. ERNESTO PESTALOZZA.

Un volume di pagine VIII-128, nitidamente stampato su carta semipatinata, con una grafica e 6 figure nel testo. - Prezzo L. **16.** Per i nostri abbonati L. **14,60** in porto franco.

Tanto i Vaglia per l'acquisto a contanti, quanto le richieste a pagamento frazionato, vanno indirizzate all'Editore LUIGI POZZI - Via Sistina, 14 - ROMA.

ANNO XXXVIII — Roma, 23 Febbraio 1931 - IX — Num. 8

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Istituto di Parassitologia Medica della R. Università di Roma diretto dal prof. GIULIO ALESSANDRINI.

Sulla patogenicità del "Balantidium coli"

per il dott. GIUSEPPE PENSO, aiuto.

In un mio recente viaggio nell'Africa tropicale, ho avuto occasione di potere osservare tre indigeni di razza Swahili affetti da Balantidiosi grave.

Sebbene la Balantidiosi si possa, ormai, considerare una malattia cosmopolita, pure la sua frequenza non è notevole — forse per mancata diagnosi, data la rarità con cui si praticano gli esami di feci —, per cui molte incertezze esistono ancora sulla sua sindrome e sulle sue alterazioni patologiche; tanto che qualche volta si legge e più spesso si sente ripetere che il *Balantidium coli* è un ospite innocuo dell'intestino umano.

Dicevo, poco fa, come la Balantidiosi si debba, ormai, considerare come malattia cosmopolita: essa, infatti, è stata riscontrata in tutte e cinque le parti del Mondo: in Oceania e in America con maggior frequenza.

Per l'Africa, poche sono le osservazioni: una di Maggiora (*Centrbl. f. Bakt.* ecc., XI 1892, 173) nella nostra Eritrea, alcune altre in Algeria e in Marocco, ed ora da me nell'Africa Orientale Portoghese.

CASI CLINICI.

Si trattava, come ho detto, di tre indigeni — due uomini e una bambina — appartenenti alla stessa famiglia e abitanti nella medesima capanna insieme ad altri tre familiari.

La loro abitazione, insieme ad altre cinque o sei, si ergeva sul limitare di un'oasi di palme da cocco, poco lungi da un fiume, in regione tipicamente malarica.

I tre individui erano affetti da dissenteria grave, e uno di essi era in uno stato veramente pietoso, quasi cachettico.

Dalle poche notizie che potei raccogliere, seppi che i fenomeni dissenterici duravano ormai da lungo tempo e che le scariche fecali erano, talvolta, molto frequenti: anche dodici e tredici « dal sorgere al tramonto del sole », per ripetere l'espressione primitiva e pittoresca detta da uno dei pazienti.

Tutti e tre quei malati presentavano più o meno accentuata la stessa sintomatologia.

Emaciati, grigiastri, con lingua chiarissima e congiuntiva biancastra, erano in pessime condizioni generali: denutriti e magri.

La bambina presentava anche qualche edema:

alle caviglie e alla faccia; e così pure uno degli uomini, quello in più grave stato, che presentava le caviglie leggermente edematose.

All'ascoltazione, i polmoni si rivelarono sani, e così pure il cuore, se si toglie un lieve rumore anemico nell'individuo in stato più grave.

Il fegato era nei limiti in uno dei pazienti, leggermente palpabile, ma non dolente, nell'altro — quello in peggiori condizioni — e nella bambina.

La milza era ingrossata e dura in tutti e tre i pazienti, veramente enorme nella bambina. Ma ciò era da attribuirsi evidentemente alla malaria che tutti e tre avevano sofferto. Nella bambina, anzi, trovai ancora in circolo alcuni gametociti di *Laverania malariae*.

L'addome era leggermente dolente alla pressione — specie nei quadranti inferiori — e presentava una tipica resistenza nei due uomini, i quali avevano le pareti sottili e nei quali, specie nell'individuo d'aspetto quasi cachettico, era percettibile la pulsazione aortica.

Il polso era debole in tutti e tre, la temperatura pressochè normale.

I pazienti presentavano, poi, tenesmo e fastidio anale postdefecatorio.

Le feci, di aspetto liquido, mucose, con sangue qualche volta visibile anche macroscopicamente, erano putride, fortemente fetide e persino con qualche frustolo di pus.

All'esame microscopico, esse rivelarono un enorme numero di *Balantidium coli*, tipicamente moventesi, moltissimi globuli rossi e globuli bianchi, anche disfatti, epiteli di sfaldamento.

La bambina aveva, poi, uova di *Ankylostoma duodenale* e di *Ascaris lumbricoides;* l'individuo in più grave stato uova di *Ascaris* e, in considerevolissimo numero, uova di *Trichocephalus trichiurus;* il terzo paziente non presentava uova di elminti.

Questi reperti coprologici possono in parte spiegare alcuni sintomi riscontrati, come quelli dell'edema. Noi sappiamo, infatti, come nei casi gravi di infestazione da Anchilostoma e da Tricocefalo gli edemi siano frequenti e trovino la loro patogenesi nell'anemia grave — anche a carattere pernicioso, come nella tricocefalosi — causata da questi Elminti.

All'esame del sangue — non potei compiere la conta dei globuli rossi e bianchi, nè dosare l'emoglobina, per mancanza dei necessari istrumenti — notai in tutte e tre poichilocitosi e anisocitosi, maggiormente accentuate nel più grave dei due uomini e nella bambina, nei quali, poi, anche la eosinofilia era più intensa: il 9 % nel primo, e ben il 13 % nella seconda; nell'altro paziente era soltanto del 7 %.

La Balantidiosi pura può dare, quindi, eosinofilia, ma non in grado così elevato come la Tricocefalosi e l'Anchilostomiasi.

Dato che, come ho già detto, i tre pazienti convivevano con altre tre persone, ho voluto esaminare le feci di queste per vedere se contenevano cisti o forme vegetative di *Balantidium coli;* ogni ricerca, però, riuscì negativa, come negativi riuscirono gli esami fatti sulle feci di alcuni altri indigeni dello stesso villaggio.

Ciò non toglie l'interesse ai tre casi, i quali mostrano come la Balantidiosi possa, talvolta, assumere un vero carattere familiare, e come il *Balantidium coli* non sia un ospite indifferente dell'Uomo, ma l'agente di una vera forma di dissenteria a decorso grave.

I tre casi in questione mostrano, poi, anche, come la Balantidiosi non sia sempre di

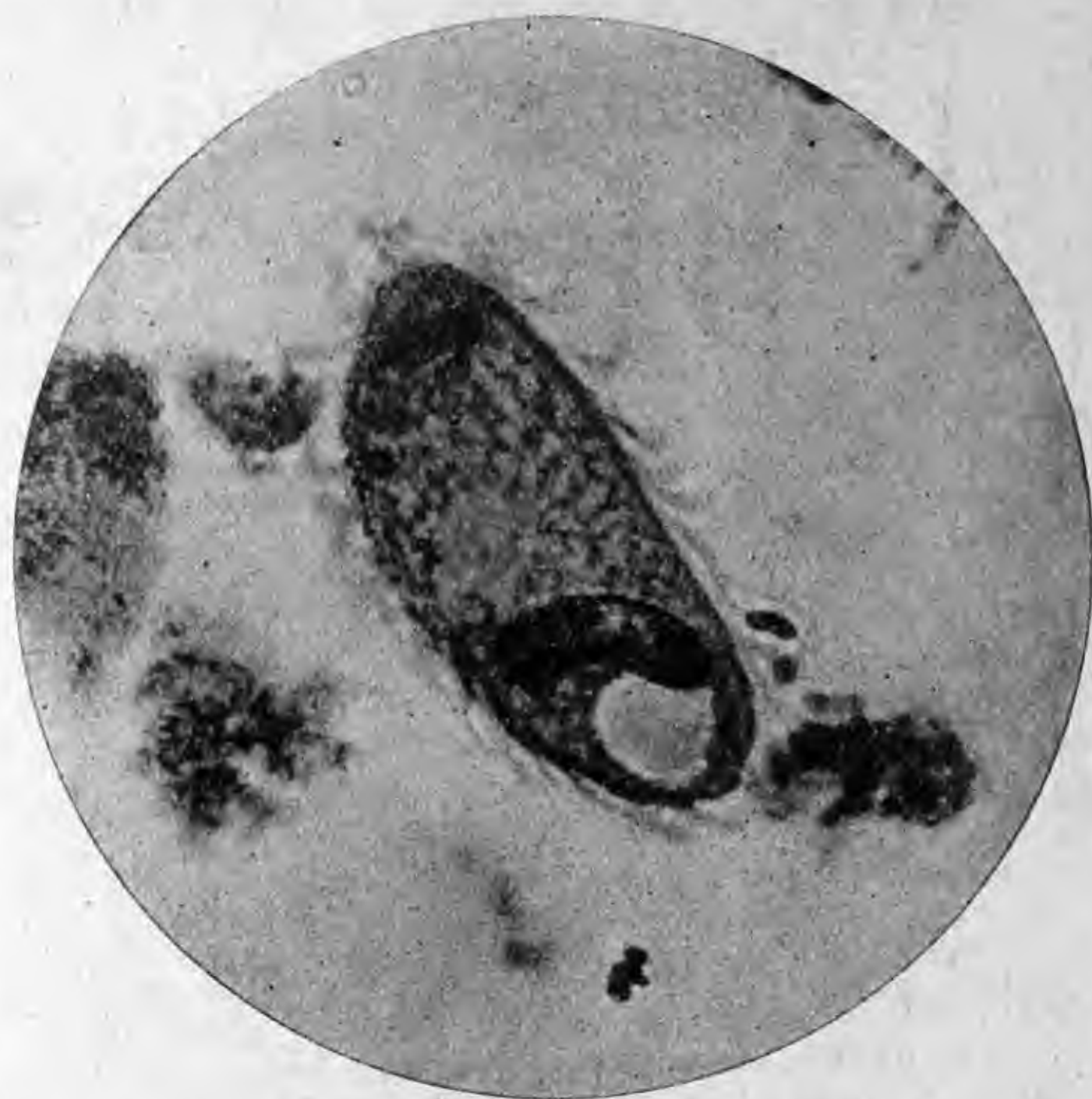



FIG. 1. — *Balantidium coli* allo stato vegetativo. Notare le ciglia, il nucleo reniforme e il grosso vacuolo; in alto si vede accennato il peristoma, mentre in basso, sotto al vacuolo, si nota l'apertura del canalicolo anale. (Microscopio Zeiss: oculare 7x, obbiettivo a immersione 90).

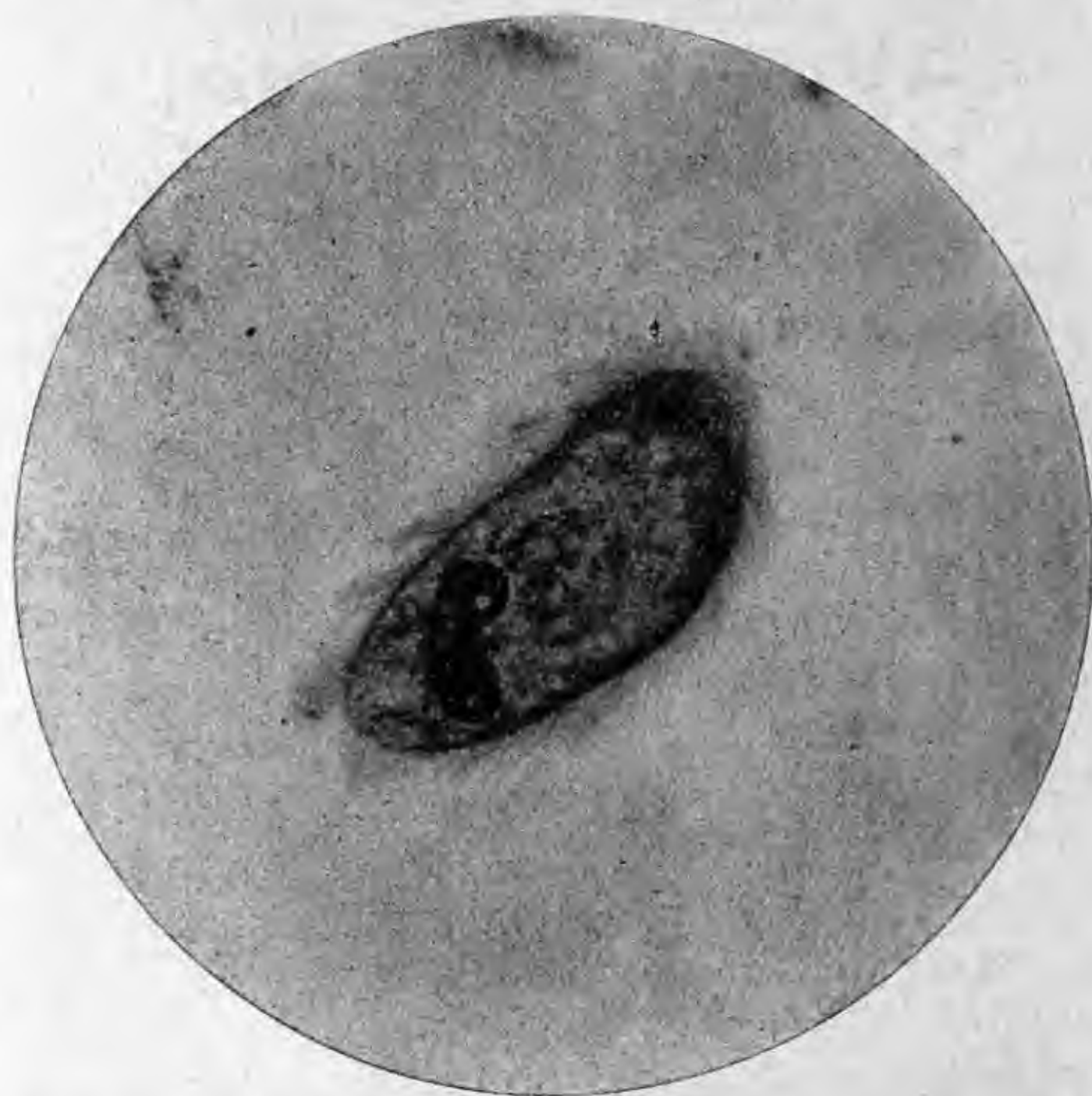



FIG. 2. — *Balantidium coli* allo stato vegetativo. Forma molto più piccola della precedente. (Microscopio Zeiss: oculare 7x, obbiettivo a immersione 90).

FIG. 3. — Zona ulcerata e infiltrata della mucosa intestinale. Nel campo si contano quindici Balantidi. Notare la dilatazione vasale e l'emorragia avvenuta per lacerazione del vaso. Gran parte della mucosa si presenta infiltrata e in alcuni punti necrotica. L'infiltrazione si estende anche nella *muscolaris mucosae*. (Microscopio Zeiss: oculare 7x, obbiettivo Koristka 4).

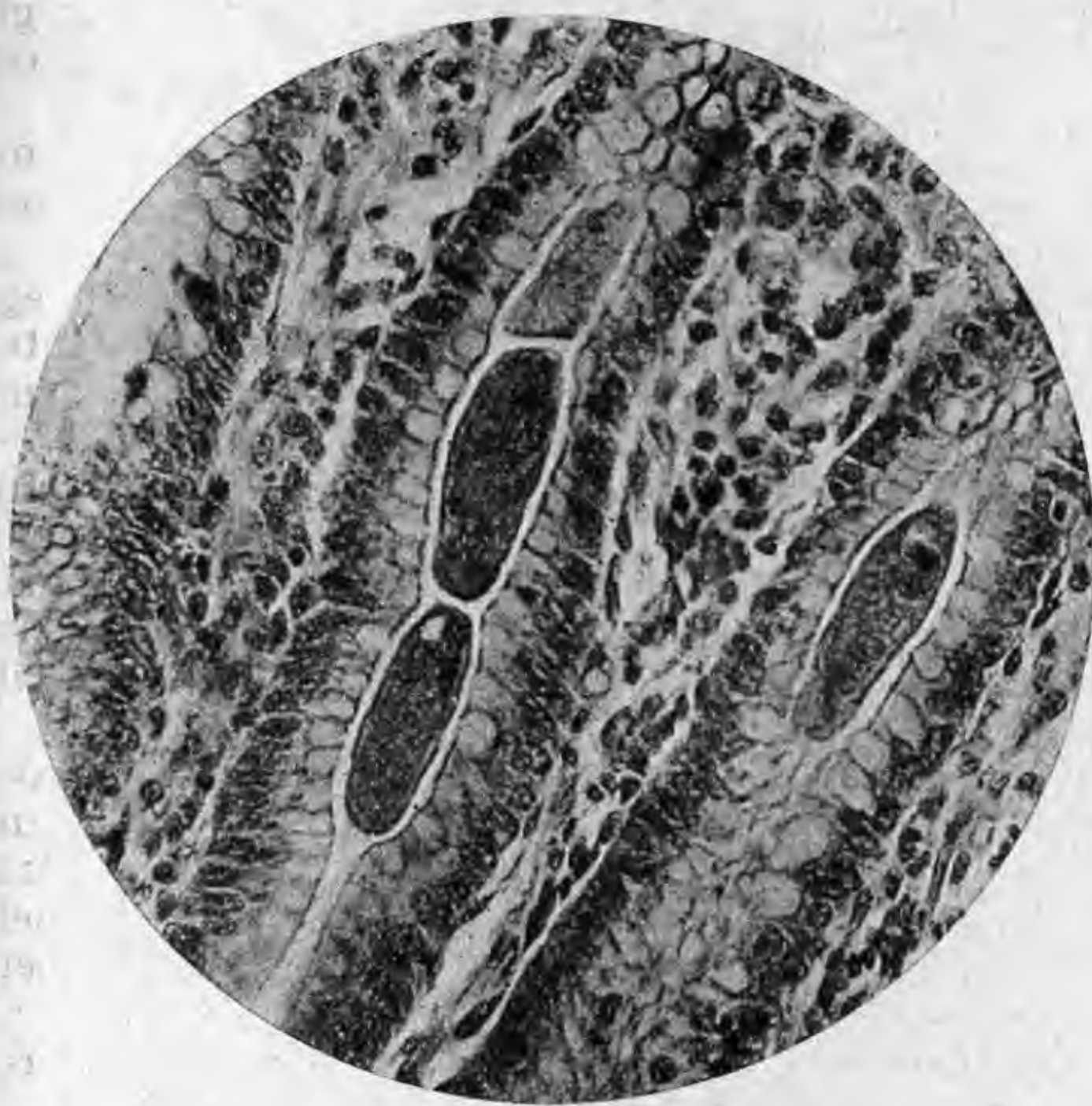



FIG. 5. — Balantidi nell'interno delle ghiandole di Lieberkühn. Il lume ghiandolare si presenta dilatato, mentre le cellule caliciformi cominciano ad atrofizzarsi per la compressione. Si noti l'abbondante essudazione perighiandolare. (Microscopio Zeiss: oculare 7x, obbiettivo 40).

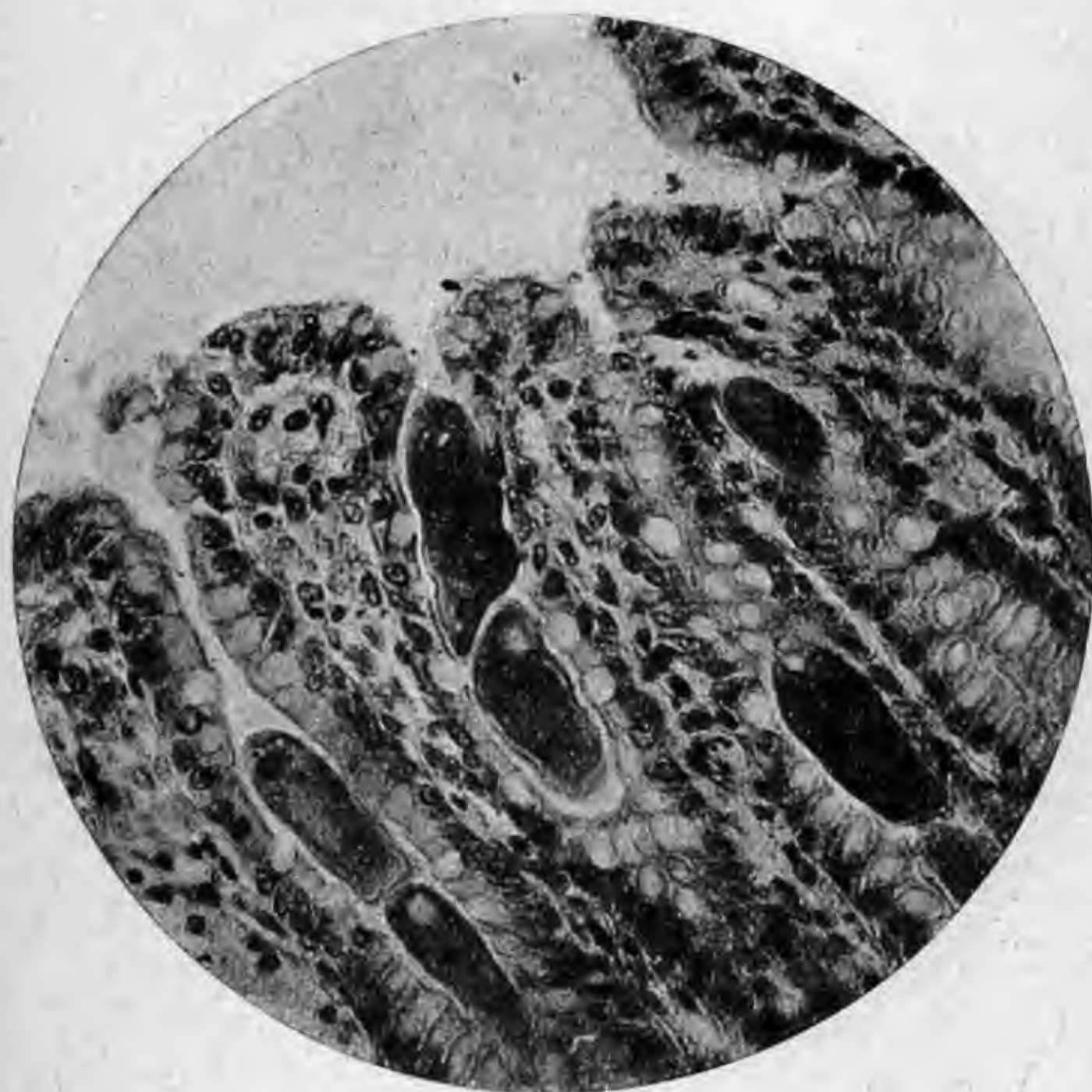



FIG. 4. — Zona di recente invasione. Numerosi Balantidi sono penetrati nel lume ghiandolare; uno di essi, quello in alto e a destra, ha forato la mucosa. Nelle ghiandole si nota già una infiltrazione leucocitaria. Nel primo Balantidio, in alto e a sinistra, evidentissimo il micronucleo. (Microscopio Zeiss: oculare 7x, obbiettivo 40).

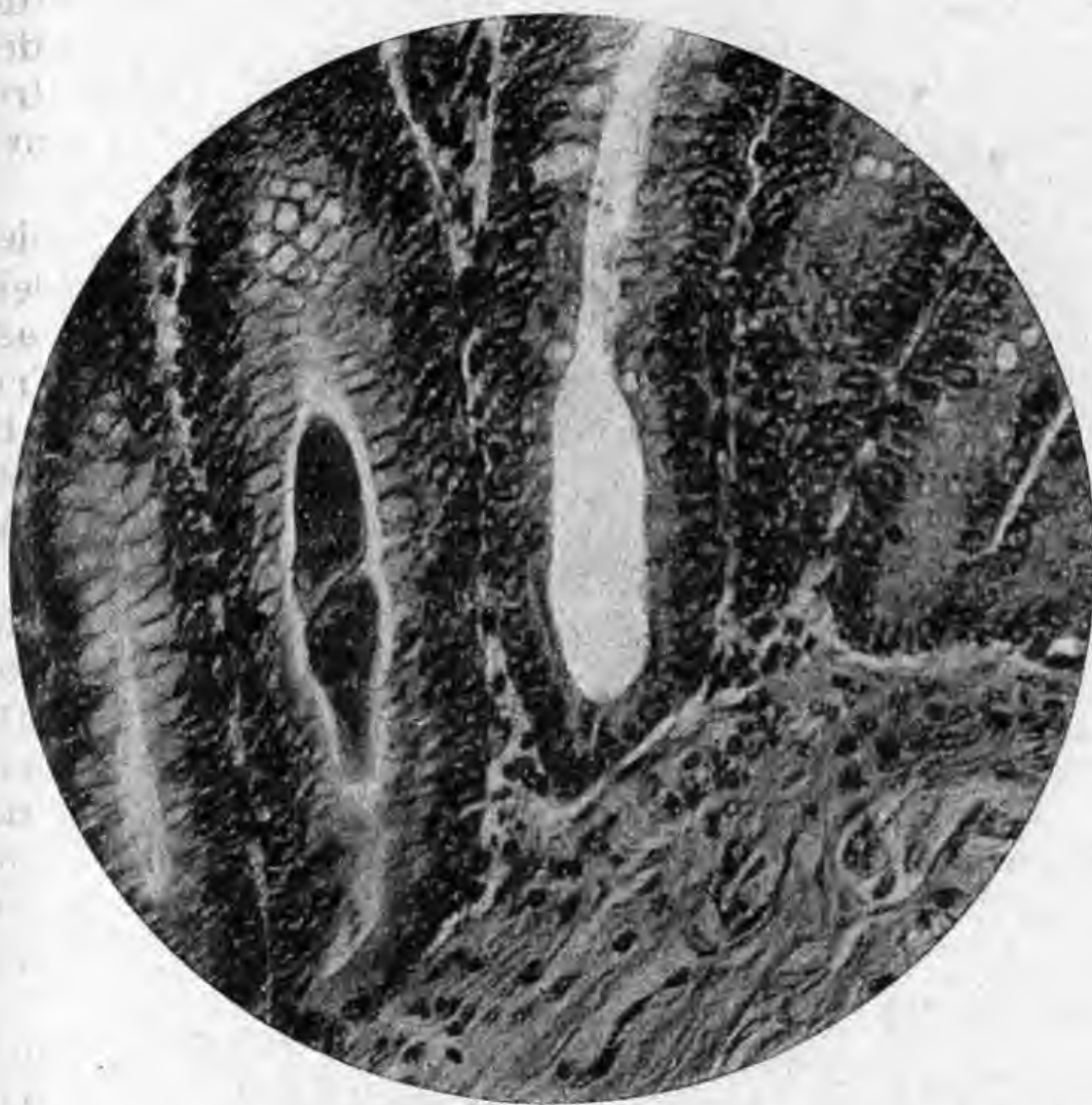



FIG. 6. — Fondo cieco di una ghiandola di Lieberkühn entro la quale vi era un Balantidio; si noti lo stampo lasciato dal parassita e la compressione esercitata sulle cellule caliciformi che sono state completamente distrutte: la compressione si è fatta sentire anche sulle ghiandole vicine: quella di destra, infatti, appare deformata. Nel campo, poi, due Balantidi evidentemente in accoppiamento. (Microscopio Zeiss: oculare 7x, obbiettivo 40).

origine suina, come si vorrebbe — è noto che il *Balantidium coli* è ospite comune dei maiali —, giacchè nella regione ove io osservai i tre casi non c'erano assolutamente maiali.

FIG. 7. — Due ghiandole parassitate, quella a sinistra in via di sfacelo e necrosi. (Microscopio Zeiss: oculare 7x, obbiettivo 40).

FIG. 8. — Balantidio che sta penetrando in una zona già ulcerata, necrotica e purulenta. Solo a destra e in basso si possono ancora riconoscere le ghiandole intestinali. (Microscopio Zeiss: oculare 7x, obbiettivo 40).

Forse i pazienti si saranno potuti infestare dalle scimmie, le quali qualche volta possono essere portatrici di *Balantidium coli*.

INFESTAZIONE SPERIMENTALE. — Nelle mie ricerche, non mi limitai soltanto alla indagine clinica, volli passare, anche, nel campo sperimentale, cercando di infestare gli animali.

Avevo, infatti, a mia disposizione due piccole scimmie, del genere *Cynocephalus*, alle

FIG. 9. — Balantidio da poco entrato nello spessore della mucosa intestinale. Evidente l'ulcerazione lasciata sul suo passaggio. Notevole l'essudazione. (Microscopio Zeiss: oculare 7x, obbiettivo 40).

FIG. 10. — Sezione trasversa della mucosa intestinale in cui si vedono i lumi ghiandolari intasati di parassiti. Abbondantissima essudazione perighiandolare. (Microscopio Zeiss: oculare 7x, obbiettivo 40).

quali inoculai per via rettale venti centimetri cubi di feci diluite in soluzione fisiologica. Prima di compiere l'inoculazione mi accertai che dette scimmie non fossero già parassitate da Balantidi. Fu, poi, mia attenzione di pren-

dere le feci dell'individuo affetto da Balantidiosi pura, sebbene non vi fosse soverchio bisogno di far ciò, dato che la presenza di uova di Elminti non avrebbe potuto in alcun modo infirmare il risultato delle mie ricerche.

FIG. 11. — Ulcerazione conica della mucosa. Tutta la zona si presenta infiltrata, qua e là necrotica. Nel campo quattro parassiti. (Microscopio Zeiss: oculare 7x, obbiettivo Koristka 4).

FIG. 12. — Zona necrotica e purulenta della mucosa. Nel mezzo del campo si notano due Balantidi. (Microscopio Zeiss: oculare 7x, obbiettivo 40).

Le scimmie trattennero molto bene il clistere loro praticato e al settimo giorno una delle due cominciò a presentare fatti dissenterici, mentre nelle feci comparvero nello stesso tempo, e in tutte e due le scimmie, esemplari di *Balantidium coli*, numerosissimi in una, scarsi nell'altra.

ANATOMIA PATOLOGICA. — *Reperto macroscopico.* — All'autopsia delle scimmie morte per Balantidiosi, la mucosa intestinale, specie quella del crasso, appare rossa e tumefatta, infiltrata per molte emorragie puntiformi, mentre

FIG. 13. — *Balantidium coli* notevolmente infarcito di globuli bianchi. (Microscopio Zeiss: oculare 7x, obbiettivo a immersione 90).

FIG. 14. — Raccolta purulenta tra mucosa e sottomucosa; il pus si estende anche fra le ghiandole che in alcuni punti sono andate distrutte. Numerosi parassiti sparsi qua e là. Nello spessore della *muscolaris mucosae* piccole emorragie, evidente quella a destra. (Microscopio Zeiss: oculare 7x, obbiettivo Koristka 2).

qua e là vi sono numerose piccole ulcerazioni, di forma irregolare, ma non molto profonde.

Reperto microscopico. — Ben più interessante è il reperto microscopico che dimostra come i Balantidi invadano, nel vero senso della parola, tutto lo spessore della mucosa sino ad arrivare alla *muscolaris mucosae*.

L'invasione comincia, di solito, con la penetrazione dei Balantidi nel lume delle ghiandole di Lieberkühn (fig. 4); da qui, o si spingono fino nel fondo cieco della ghiandola

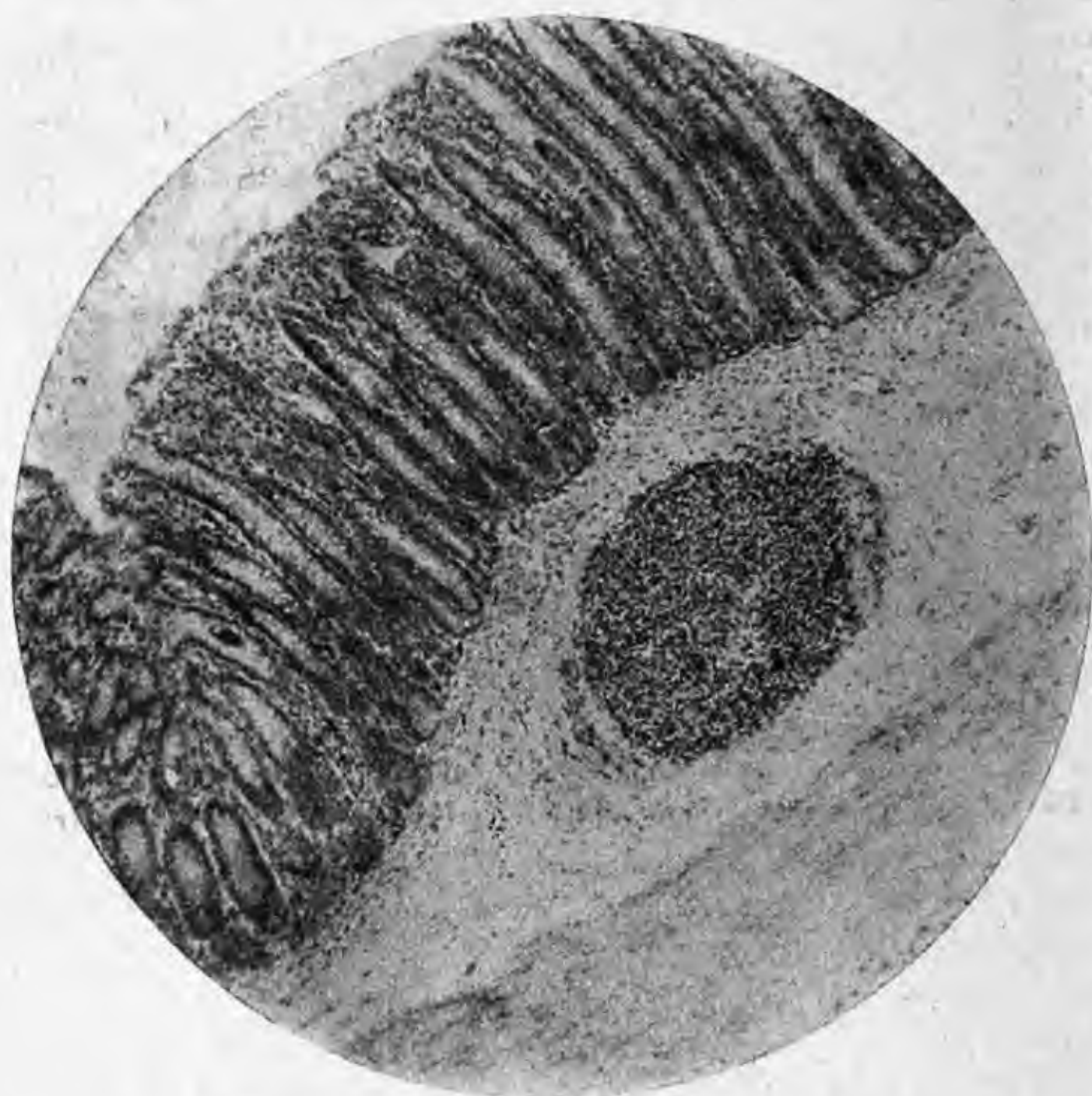



FIG. 15. — Ascessolino in piena *muscolaris mucosae*. La mucosa si presenta disepitelizzata e infiltrata. Nel campo numerosi Balantidi. (Microscopio Zeiss: oculare 7x, obbiettivo Koristka 2).

stessa (fig. 6), o ne perforano la parete (fig. 4) determinando sempre gravi fatti infiammatori che si rivelano con la dilatazione dei vasi e con una forte infiltrazione parvicellulare di tutta la mucosa e, in certi tratti, anche della *muscolaris mucosae* (fig. 3).

Il numero dei Balantidi è sempre notevole; essi, poi, tendono a riunirsi in gruppi, quasi a colonia, sì che in certi tratti della mucosa se ne possono contare a diecine (fig. 3).

L'azione patogena dei Balantidi si esplica non soltanto con semplici fatti infiammatori reattivi, ma arriva sino alla determinazione di veri focolai purulenti che si riscontrano o in superficie, là dove sono le ulcerazioni, o in profondità, e precisamente fra mucosa e *muscolaris mucosae*, tanto che la prima si presenta completamente scollata dalla seconda (fig. 14).

Le ulcerazioni sono più o meno profonde ed hanno di solito un aspetto conico con l'apice rivolto in basso (fig. 11). In mezzo al tessuto necrotico si vedono i Balantidi (fig. 12), i quali, spesso, sono infarciti di globuli bianchi (fig. 13).

L'essudazione, costante, è perighiandolare (fig. 5 e 10), ed in essa si notano numerosi eosinofili e persino alcune cellule giganti.

Ma il *Balantidium coli* non esplica solamente una azione infiammatoria e istolitica — in niente dissimile da quella prodotta dall'*Entamoeba dysenteriae* —, ma esercita un'azione patogena meccanica distruggendo, per compressione, le cellule caliciformi delle ghiandole intestinali e dilatando notevolmente il lume di queste, e comprimendo, di conseguenza, anche i tessuti e i vasi circostanti (fig. 6).

Il processo patogeno, nelle sue varie fasi, si svolge così: penetrato il *Balantidium* nella mucosa, comincia ad esercitare dapprima una azione meccanica, quindi un'azione tossica, che si rivela con l'intensa reazione infiammatoria dei tessuti e dagli eosinofili presenti: le ghiandole si riempiono di essudato, e, a poco a poco, si assottigliano nelle loro pareti; l'essudazione aumenta fino ad aversi delle vere raccolte purulente nelle quali il tessuto ghiandolare si riconosce a stento o non si riconosce più (fig. 12).

Nelle raccolte purulente non si rinvengono mai Balantidi.

VALORE PATOGENO. — Dalla descrizione dei casi riscontrati nei tre indigeni Swahili, dalla inoculazione sperimentale nelle scimmie, dalla descrizione delle alterazioni anatomopatologiche, provocate nell'intestino dal *Balantidium coli*, facile sarà concludere come la patogenicità di questo sia indiscutibile; patogenicità che si esplica con una azione meccanica e una azione tossica, la quale dapprima è flogistica e poi istolitica; patogenicità che, clinicamente, si manifesta con dissenteria grave e una sindrome anemica più o meno accentuata.

L'azione meccanica è facile a mettersi in evidenza: basta osservare al microscopio una sezione di intestino infestato di Balantidi per vedere come le cellule intorno al Balantidio stesso siano atrofiche per la notevole compressione da lui esercitata, e come il lume ghiandolare sia occluso per la presenza del parassita.

L'azione tossica è chiara, data l'intensa reazione infiammatoria dei tessuti circostanti al parassita stesso, e dato che nell'essudato abbondano gli eosinofili. Quest'azione, però, non si limita alla semplice flogosi, ma arriva sino alla istolisi dei tessuti.

Questa azione istolitica del *Balantidium coli*

si mette in evidenza per il fatto che non è possibile seguire nei tessuti uno speciale cammino fatto dal parassita, per giungere nel punto in cui si trova, mentre si vede come intorno a lui, quando è fuoriuscito dall'interno di una ghiandola, il tessuto sia colliquato e necrotico.

Concludendo, possiamo quindi affermare come il *Balantidium coli* abbia una indiscutibile azione patogena, e come la Balantidiosi si debba considerare come una sindrome morbosa ben definita.

RIASSUNTO.

L'A. espone tre casi di Balantidiosi umana da lui riscontrati, riferisce sull'infestazione sperimentale praticata in scimmie del genere *Cynocephalus*, e studia, sia dal punto di vista macro- che microscopico, le alterazioni anatomopatologiche provocate nell'intestino dal *Balantidium coli*, mettendo, contemporaneamente, in evidenza il meccanismo di azione del parassita stesso.

Le microfotografie sono state eseguite dall'Autore nel Gabinetto microfotografico dell'Istituto.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Istituto di Patologia Speciale Medica della R. Università di Siena.

Direttore: prof. C. Gamna.

Cirrosi epatica, riviviscenza della mammella maschile ed atrofia testicolare

per il dott. Leonardo d'Antona,
aiuto e libero docente.

La osservazione della riviviscenza della mammella maschile nel corso della cirrosi epatica è dovuta, come è noto, a Silvestrini che l'ha descritta fin dal 1904. Del Silvestrini sono anche la maggior parte dei casi finora registrati dalla letteratura.

Dopo gli studi del Silvestrini, particolarmente interessanti mi paiono quelli del Corda, perchè questi ha completato la sindrome con l'aggiunta di un sintoma, la atrofia testicolare, che ha suggerito all'autore una interpetrazione patogenetica del caratteristico quadro morboso un po' differente da quella prospettata dal Silvestrini.

Questi, come è noto, tende ad attribuire nella spiegazione del fenomeno una prevalente se non esclusiva importanza al fattore stasi portale, e più particolarmente alla speciale composizione del sangue che attraverso il circolo collaterale perviene alla regione mammaria. Ma al Silvestrini stesso non era sfuggita la importanza di un possibile « perturbamento della situazione ormonica o per meglio dire dell'equilibrio interglandolare ». Secondo Corda la ragione principale di questo perturbamento dovrebbe ricercarsi appunto nel sintoma « atrofia testicolare » che secondo studi di Weichselbaum e Kyrle risulterebbe abbastanza frequente nei cirrotici epatici.

Dopo gli studi fondamentali di Silvestrini e Corda altri contributi casistici sono stati portati al problema da autori prevalentemente italiani. Tra questi ricorderò Pellegrini, Zanalda, Manai, Tattoni, Ricozzi. All'estero si è occupato recentemente dell'argomento un autore viennese, F. Paula.

Per l'interesse anche teoretico che offre la sindrome di Silvestrini-Corda mi son deciso a render noti due casi di mia recente osservazione.

Osservazione I. — F. A., di anni 53, fattore, da Poggibonsi.

Nulla di particolare nell'anamnesi familiare. La madre è morta a 53 anni per polmonite, ha avuto 9 gravidanze a termine. Dei figli tre son morti in tenera età, uno è morto in guerra, uno in seguito ad ustioni ed uno per malattia nervosa non ben precisata. Due fratelli del paziente sono viventi e sani.

Questi non ha sofferto di alcuna malattia prima dell'attuale, se si eccettui una infezione tifosa contratta sotto le armi durante il periodo bellico.

Si è coniugato con una donna sana che è morta in seguito ad una affezione della tiroide.

Gli attuali disturbi si sarebbero iniziati fin dal 1927 quando incominciò ad avvertire inappetenza, pesantezza allo stomaco dopo i pasti, spiccato meteorismo addominale. Tali disturbi si andarono accentuando lentamente e nel giugno 1929 fu costretto a rivolgersi ad un sanitario che lo sottopose ad una prima paracentesi.

Nei mesi successivi le condizioni del paziente migliorarono un po' ed in seguito ad uso prolungato di iniezioni di Novasurol non fu più necessario praticare la paracentesi. Da qualche mese però, anche in seguito ad errori dietetici e specialmente in seguito all'uso smodato di bevande alcooliche, le sue condizioni sono tornate ad aggravarsi e l'ascite ad accentuarsi.

All'esame obbiettivo si nota individuo in cattive condizioni di nutrizione con pannicolo adiposo fortemente ridotto. Masse muscolari atrofiche e flaccide. Apparato linfatico superficiale indifferente. Colorito della cute bruno terreo, lieve subittero delle sclere. Pupille di ampiezza normale reagenti normalmente alla luce ed alla convergenza. *Foetor ex ore.* Collo cilindrico sottile. Fosse sotto e sopraclaveare molto pronunciate.

Torace svasato alla base con spazi intercostali *In corrispondenza della regione mammaria sinistra si nota una tumefazione della grandezza di un mezzo arancio* a limiti netti, mobile sul sottostante piano osseo, che alla palpazione appare di consistenza piuttosto dura e grossolanamente

lobulata. Nè l'areola mammaria nè il capezzolo mostrano alterazioni apprezzabili. La spremitura del capezzolo non dà luogo a fuoriuscita di liquido. In corrispondenza della mammella destra si nota una piccola tumefazione rotondeggiante del diametro di una moneta d'argento da dieci lire che presenta gli stessi caratteri palpatori di quella riscontrata a sinistra. Tanto la tumefazione destra che la sinistra sono scarsamente dolenti alla palpazione.

A carico dell'apparato respiratorio non si rileva nulla di particolare eccetto qualche rantolo grossolano alle basi polmonari.

Nulla di particolare a carico del sistema circolatorio.

L'addome è voluminoso espanso batraciano. Esiste un abbondante reticolo venoso prevalentemente periombelicale. Abbondante versamento addominale. Margine superiore del fegato al V spazio. Margine superiore della milza all'VIII sull'ascellare media.

Edemi cospicui agli arti inferiori.

Palpando lo scroto fortemente edematoso si nota che i testicoli sono altamente atrofici, ridotti alla grandezza di una nocciola, di consistenza flaccida.

Nulla a carico del sistema nervoso.

Dopo la paracentesi con la quale si estraggono circa 15 litri di liquido nè il fegato nè la milza sporgono dell'arco costale.

L'esame del liquido estratto dava: Rivalta negativa, P. S. 1008, albumina 5 ‰.

Reazione di Wassermann, Hecht, Meinicke, negative.

OSSERVAZIONE II. — L. Luigi, di anni 70, pensionato, di Siena.

All'infuori della madre morta in giovane età per affezione polmonare specifica nulla di particolare nella anamnesi familiare. Anche nell'anamnesi personale nulla si rileva se si eccettui un morbillo sofferto nella prima infanzia. È stato un buon bevitore di vino.

Da circa un anno il paziente ha incominciato ad avvertire una diminuzione dell'appetito ed una certa pesantezza di stomaco dopo i pasti. Da circa tre mesi l'addome è cominciato a tumefarsi. In questi ultimi giorni essendo la tumefazione addominale notevolmente aumentata si fa ricoverare in ospedale.

All'esame obbiettivo si riscontra individuo di costituzione scheletrica regolare in stato di nutrizione scadente. Colorito subitterico della cute e delle sclere. Nulla di particolare a carico dell'apparato respiratorio e circolatorio.

Sul torace a destra in corrispondenza della regione mammaria si nota una tumefazione rotondeggiante della grandezza circa di un mandarino, mobile sul sottostante piano osseo. Alla palpazione essa appare grossolanamente lobulata e di consistenza aumentata. Nulla a carico del capezzolo e dell'areola mammaria. Anche a sinistra la regione mammaria appare appena tumefatta e si palpa qualche acino glandolare.

Tanto a destra che a sinistra la palpazione delle tumefazioni provoca una sensazione di vivo dolore.

Addome batraciano con reticolo venoso piuttosto abbondante. Margine superiore del fegato al V spazio della milza alla VI costola. Nè il fegato nè la milza sembrano sporgere dall'arco costale.

I testicoli, dolenti alla palpazione anche lieve, sono distintamente atrofici, e flaccidi.

Con la paracentesi si estraggono circa otto litri di liquido giallo citrino con i caratteri di trasudato.

Reazione di Wassermann, Hecht, Meinicke negative.

La diagnosi di cirrosi atrofica di Laënnec non mi pare che abbia bisogno di essere illustrata, nè la sua probabile origine alcoolica, dato che l'abuso di alcool è stato spontaneamente dichiarato ed in un caso è durato anche a cirrosi inoltrata.

I caratteri della ipertrofia mammaria sono quelli classici descritti dal Silvestrini. Come nella maggior parte delle osservazioni la ipertrofia era bilaterale con netta tendenza però a prevalere da un lato. Nel primo caso la prevalenza era a sinistra analogamente a quanto si è verificato in un caso di Silvestrini ed in uno di Corda; nell'altro si aveva prevalenza a destra, come in un caso di Pellegrini, nel caso di Zanalda ed in uno di Paula. In due casi di Silvestrini la tumefazione era limitata esclusivamente alla mammella destra.

Nella nostra prima osservazione la tumefazione mammaria era scarsamente dolente, ciò che spiega come il reperto sia stato rilevato incidentalmente dai familiari del paziente, secondo i quali la tumefazione sarebbe comparsa solo da circa un mese e sarebbe aumentata di volume abbastanza rapidamente. Nel secondo caso invece la tumefazione era squisitamente dolente come dolenti alla palpazione apparivano anche i testicoli. In un caso di Silvestrini la tumefazione della mammella si iniziò durante il soggiorno in Clinica, come pure nel caso di Zanalda. In quest'ultimo caso la ipertrofia dopo circa un mese subì una regressione e dopo tre anni mentre era scomparsa a sinistra, dove era meno accentuata, era molto ridotta a destra. Nella maggior parte degli altri casi invece gli ammalati sono giunti alla osservazione medica ad ipertrofia mammaria più o meno sviluppata.

L'età dei pazienti affetti dalla particolare sindrome oscilla in media tra i 40 e 60 anni, il periodo cioè in cui è più frequente la comparsa della cirrosi.

Nella mia seconda osservazione si tratta invece di un uomo che ha già oltrepassato i 70 anni e nel quale la ginecomastia data sicuramente da poco tempo, come dimostra tra l'altro la squisita dolorabilità della tumefazione.

Nella maggior parte dei casi la ipertrofia mammaria è stata rilevata a cirrosi completamente spiegata, con versamento abbondante e circolo collaterale ben sviluppato. Tuttavia in alcuni casi sembra essere stata una manifestazione non così tardiva rispetto ai sintomi

di stasi portale. Così nel caso di Pellegrini avrebbe preceduto di un anno l'inizio del versamento addominale; nel caso O. Narciso di Corda aveva preceduto i segni del versamento addominale; nel caso Mon. Raffaele di Silvestrini non vien fatto cenno di circolo collaterale e nell'addome vi era scarsa quantità di liquido.

Questi dati mi sembrano interessanti perchè dimostrano come la ipertrofia mammaria sia fino ad un certo punto indipendente dallo sviluppo del circolo collaterale almeno clinicamente rilevabile.

Del resto Silvestrini stesso ammette che cirrosi epatica e stasi portale non sono gli unici fattori responsabili della sindrome essendo quelle molto frequenti e questa piuttosto rara se non quanto appare dalla letteratura.

Nella ricerca degli altri fattori che possono entrare in giuoco, una speciale importanza spetta indubbiamente alla atrofia testicolare, sulla quale per il primo ha richiamato l'attenzione Corda. Gli autori che in seguito hanno avuto occasione di osservare la ginecomastia nel corso della cirrosi epatica sono unanimi nel rilevare la compromissione più o meno grave dei genitali, compromissione che è risultata oltre che clinicamente anche istologicamente, come nei casi di Corda, Tattoni, Paula.

Del resto il rapporto ginecomastia-atrofia testicolare è un problema non nuovo in patologia e la maggior parte degli autori sono concordi nell'assegnare una grande importanza alla atrofia testicolare nella genesi della riviviscenza della mammella maschile. Ma giustamente si domanda Silvestrini se è vero quanto affermano Weichselbaum e Kyrle che nel corso della cirrosi epatica l'atrofia testicolare è un fatto molto frequente, molto più frequenti dovrebbero essere i casi di riviviscenza della mammella nei cirrotici. Ed effettivamente la casistica va dimostrando come la sindrome non sia così rara come si crede ed è verosimile che un attento esame clinico e particolarmente anatomopatologico potrà forse rilevare una frequenza sempre maggiore.

Ma indubbiamente il rapporto tra cirrosi epatica e ginecomastia è più complesso di quello che a prima vista potrebbe sembrare e l'atrofia testicolare non è forse che uno degli elementi, se pure il più importante, che concorrono nella genesi del fenomeno. Anche in questo caso, come in altre disendocrinie, noi ci troviamo probabilmente di fronte non ad un unico fattore ma ad una costellazione di fattori, tra i quali di primaria importanza lo stato delle altre ghiandole a secrezione interna funzionalmente connesse con i testicoli ed un fattore individuale costituzionale.

Secondo Paula, elemento essenziale per il verificarsi della riviviscenza della mammella maschile in genere sarebbe la persistenza della capacità di sviluppo dell'organo, capacità che è varia da individuo ad individuo e che può variare nello stesso individuo tra una mammella e l'altra, ciò che spiegherebbe i casi di ginecomastia unilaterale. Se questa latente capacità di sviluppo è molto grande la ginecomastia può comparire spontaneamente quale vera anomalia costituzionale; nei casi invece in cui la mammella ha conservato una moderata capacità evolutiva fattori occasionali, e tra questi la alterata funzione dei testicoli e delle altre ghiandole a secrezione interna in correlazione con questi, possono occasionare il risveglio della latente capacità evolutiva della mammella maschile.

Per quanto più strettamente riguarda le relazioni tra cirrosi epatica, ginecomastia ed atrofia testicolare, secondo Paula si possono fare quattro ipotesi, e cioè: o si può pensare ad una ipofunzione rispettivamente disfunzione costituzionale dei testicoli, o ad un influsso nocivo del processo epatico sui testicoli stessi, o ad un'azione sulle ghiandole a secrezione interna funzionalmente connesse con i testicoli, od, infine, ad un'azione del processo epatico sui centri nervosi della vita sessuale.

L'autore non dice quale di queste ipotesi gli sembra la più probabile, ma indubbiamente sembra che egli dia una maggiore preferenza al fattore costituzionale, basandosi specialmente sull'importanza assegnata a tale fattore nella genesi della cirrosi epatica da Chwostek, Goldzieher ed altri.

Senza entrare in merito ad alcune affermazioni di Paula e per restare ai fatti a me sembra che la interpetrazione più logica della sindrome sia fondamentalmente ancora quella affacciata dal Corda. Secondo questo autore, i nessi causali sarebbero precisamente quelli che risultano dalla osservazione clinica, e cioè in prima linea la cirrosi, la quale provocherebbe la lesione del testicolo che a sua volta determinerebbe la riviviscenza della mammella. Resterebbe però sempre da rispondere alla obbiezione perchè la lesione dei testicoli essendo così frequente, nei cirrotici, come vorrebbero Weichselbaum e Kyrle, la ginecomastia è piuttosto rara. Ma l'obbiezione non mi sembra fondamentale. Intanto è verosimile che la ginecomastia nel corso della cirrosi epatica non sia poi una evenienza tanto rara. I casi registrati nella letteratura sono già abbastanza numerosi. È da notare a questo proposito che essi

sono registrati per la maggior parte dalla letteratura italiana e che in Italia sono prevalentemente segnalati in alcune regioni (otto casi da Silvestrini in Umbria e quattro in Siena). Si sarebbe portati a pensare quasi ad una distribuzione regionale della sindrome, ma è forse probabile che essa abbia richiamato di più l'attenzione in regioni in cui essa è stata prima studiata.

Inoltre se è vero che nella cirrosi l'atrofia testicolare è frequente non è detto che in tutti i casi la funzione testicolare sia egualmente compromessa nè possiamo giudicare con assoluta sicurezza dello stato funzionale di un organo a secrezione interna dal reperto istologico.

Più decisiva sembrerebbe l'obbiezione che nei castrati non si sviluppa di necessità una ginecomastia vera. A questa obbiezione si potrebbe rispondere invocando l'assenza di quella che Paula chiama «Wachstumsbereitschaft» della mammella, ma io credo che l'atrofia testicolare, pur essendo un elemento di primaria importanza nella genesi della ginecomastia, non ne è l'unico, e che cioè noi ci troviamo di fronte ad una sindrome di disfunzione pluriglandolare. È probabile quindi che oltre quella del testicolo sia necessaria la partecipazione di altre ghiandole a secrezione interna a determinare o meno la comparsa della sindrome.

Che lesioni di altre ghiandole a secrezione interna possano avere influenza sullo sviluppo della mammella è stato rilevato da molti autori. Così Bittorf, Mathies e P. Werner l'hanno descritta in casi di tumore dell'ipofisi, Freemann in caso di ipertiroidismo, Maranon in caso di acromegalia, Oppenheimer dopo prostatectomia.

Nei casi di cirrosi epatica con ginecomastia che vengono al tavolo necroscopico sarebbe quindi molto interessante lo studio dello stato delle varie ghiandole a secrezione interna. In alcuni casi già qualche reperto è stato rilevato. Così Tattoni ha rilevato alterazioni della tiroide già clinicamente ipertrofica. Una maggiore attenzione merita la ipofisi non raramente trascurata in queste ricerche.

In complesso dall'esame della letteratura finora esistente si può concludere che la riviviscenza della mammella maschile nel corso della cirrosi epatica è meno rara di quel che si ritiene; che l'atrofia testicolare fa parte integrante del quadro morboso che merita il nome di sindrome di Silvestrini-Corda in onore dei due autori italiani che l'hanno individuato ed interpetrato; che a base di questa sindrome sta una disfunzione pluriglandolare con predominio della lesione testicolare, disfunzione subordinata o coordinata alla lesione epatica, ed un fattore individuale costituzionale.

RIASSUNTO.

L'A. descrive due casi di riviviscenza della mammella maschile nel corso della cirrosi epatica, notevoli per la presenza in ambedue i casi di atrofia testicolare di alto grado. Ritiene che all'atrofia testicolare spetti una prevalente ma non esclusiva importanza nella genesi della sindrome alla comparsa della quale, oltre una disfunzione pluringlandolare concorre il fattore costituzionale individuale.

BIBLIOGRAFIA.

BITTORF. Citato secondo PAULA.
CORDA L. Minerva Med., 1925.
CHWOSTEK. Wien. Klin. Wochen., 1918.
FREEMANN. Cit. secondo PAULA.
GOLDZIEHER. Sitzgsber. Ges. inn. Med., 1920.
KYRLE. Verh. Deutsch. Pathol. Ges., 1909.
MANAI. Policl., Sez. Prat., 1927.
OPPENHEIMER. Deutsch. Med. Wochen., 1927.
PAULA. Deutsch. Arch. f. Klin, Med., Bd. 169, H. 1-2 (con bibliografia).
PELLEGRINI. La Diagnosi, 1926.
SILVESTRINI. Congresso medico Umbro-Marchigiano, 1904. La Diagnosi, 1923. Riforma medica, 1926.
TATTONI. Il Morgagni, 1927.
WEICHSTELBAUM. Verh. Deutsch. Pathol. Ges., 1910.
ZANALDA. Policlinico, Sez. Pratica, 1927.

QUESTIONI DEL GIORNO.

L'ondata influenzale.

Anche quest'anno si è diffusa per l'Europa l'epidemia influenzale; si hanno notizie per la Svizzera, l'Austria, la Germania, la Francia, l'Inghilterra, la Spagna; in alcune di queste Nazioni, la diffusione è tale da provocare intralci nei pubblici servizî. In Italia, furono dapprima colpite alcune provincie del settentrione; in seguito, sono stati segnalati dei focolai anche nell'Italia centrale e meridionale.

Epidemia, è bene metterlo subito in rilievo, non eccessivamente diffusa, non a carattere pandemico ed, almeno fino ad ora, non molto grave, sia a giudicare dalle osservazioni dei medici, sia per il fatto che la mortalità non ha subìto notevole aumento. Ma vera manifestazione epidemica, come è dimostrato anche per le epidemie collettive che si sono avute in alcune comunità (caserme).

Proteiforme e mutevole malattia, dai contorni indecisi, l'influenza compare sempre con queste ondate che rapidamente si diffondono, accendendo qua e là dei focolai (dovuti con tutta probabilità a spostamento di individui affetti da forme leggere o di convalescenti portatori del virus) donde l'epidemia dilaga. Ondate che possono ripetersi, eventualmente anche a breve distanza di tempo e che potrebbero forse stare in rapporto con influenze meteorologiche. Nel 1929, p. es., in Germania, si notarono tre ondate, l'una preliminare, sul principio dell'anno, l'altra — la principale — da febbraio al principio d'aprile, la terza — di coda — nel luglio. Il freddo, se può sembrare una condizione favorevole, non è essenziale, verificandosi anche delle epidemie estive; anche in queste, però, può agire il fattore del raffreddamento, tanto più tenendo conto della minore elasticità del nostro organismo agli sbalzi di temperatura, durante la stagione estiva.

Mutevole, come è noto, è la *sintomatologia clinica*, pure svolgendosi sopra uno sfondo comune che, unitamente all'accumularsi di diversi casi, permette al medico pratico di fare la diagnosi con una certa sicurezza. Nella stessa epidemia, le diverse forme si possono presentare in periodi diversi. Così, se pure predominano quelle respiratorie, tendono a comparire verso la fine le forme neuritiche e quelle gastro-intestinali.

Nell'epidemia del 1929, G. Noeggerhat (1) ha potuto distinguere due stadî della malattia, spesso distinti da due apici della curva termica, oppure svolgentisi l'uno di seguito all'altro, senza linea di demarcazione. Quella che il medico considera spesso come una convalescenza prolungata e difficile costituirebbe la fase secondaria dell'infezione.

(1) Klinische Wochens., 1929, pagg. 1843 e 2324.

Le manifestazioni del *periodo primario* sono note: faringite, bronchite, tendenza alle emorragie (delle mucose, della pelle); gli sputi sanguigni mettono spesso in un'apprensione ingiustificata il malato.

Le *manifestazioni dello stadio secondario* consistono, secondo Noeggerhat, in:

1) Sintomi di lesioni dei tessuti, per cui il *virus* influenzale prepara il terreno alle infezioni secondarie: lesioni vascolari, con astenia generale, debolezza circolatoria, talora con bradicardia; lesioni del sangue, specialmente diminuzione delle emazie e dell'emoglobina.

2) Sintomi dovuti a vere infezioni secondarie concomitanti, in varie regioni: vie respiratorie (laringiti, bronchiti), intestinali (enteriti, diarrea), pelle (impetigo, foruncoli), bocca (stomatite), orecchi (otite), sistema urogenitale (pielocistiti), linfatico (ingrossamento e suppurazione dei gangli). Talvolta, l'ipertrofia dei gangli è così notevole, da costituire una vera forma ganglionare dell'influenza, che va differenziata dalla tubercolosi e, specialmente dalla sifilide, distinzione non sempre agevole, tanto più che la reazione di Wassermann può essere debolmente positiva.

3) Sintomi di permeabilità vasale esagerata, di disturbi del metabolismo dell'acqua, di origine centrale: ritenzione (pre-edema, orticaria) o il contrario (diarree coleriformi), o di idrofilia (sudori profusi, poliuria).

4) Aumento di volume del fegato (degenerazione grassa) e della milza.

5) Manifestazioni metastatiche, p. es., ai muscoli.

6) Manifestazioni nervose, encefalite, cefalea, crampi ai polpacci.

Dalle osservazioni e dalle informazioni raccolte, risulterebbe che, in quest'anno sono particolarmente notevoli i casi con temperature elevate (fino a 40° e più) remittenti senza raggiungere l'apiressia; la febbre perdura spesso a lungo (una settimana e più), anche senza localizzazioni. Abbastanza frequenti sembrano le forme laringee, quasi apirettiche e l'angina catarrale e follicolare, nonchè le affezioni catarrali e purulente dei seni nasali. U. Friedmann (2) ha osservato con una certa frequenza la comparsa di erpete e la complicazione con colecistite con leggero ittero, raramente ha, invece, notato la bradicardia e la leucopenia che, altre volte sembravano caratteristiche. Rare sembrano le polmoniti, specialmente le gravi forme cianotico-asfittiche, che caratterizzarono la pandemia del 1919.

Nulla di nuovo è stato detto sull'*eziologia*. Le opinioni sull'argomento sono divise attribuendo alcuni molta impoprtanza al bacillo di Pfeiffer (*Hemophilus influenzae*), altri invece al *Bac. pneumosintes*, altri infine, e sono

(2) Med Welt, 31 genn. 1931.

forse i più ad un virus filtrabile. Nell'epidemia del 1929 agli Stati Uniti si isolarono due germi di un certo valore etiologico, uno streptococco ed un diplococco. Si tratta probabilmente di un *virus* complesso o di una simbiosi sinergetica. Il *virus* filtrabile avrebbe l'azione di virulentare i germi (stafilo- e streptococchi) che vivono da saprofiti nel nostro organismo.

Importante è la *questione dell'immunità* che lascia l'influenza e che durerebbe 12-15 mesi. H. Bailey e M. Shaw Shorb (3) hanno fatto in proposito uno studio sperimentale, investigando specialmente la fissazione del complemento ed arrivando a distinguere tre sottogruppi del bacillo di Pfeiffer.

Per quanto riguarda l'età, i più suscettibili sarebbero i poppanti, in cui si avrebbe recettività assoluta, che continuerebbe anche nella prima infanzia. Abbastanza frequente appare invece l'immunità negli adulti.

Si comprende che date le incertezze sull'eziologia, la *diagnosi* potrà fondarsi soltanto sul criterio epidemiologico-clinico.

Anche per la *terapia*, nulla di nuovo si può dire. Potrà tentarsi con qualche speranza la stimolo-terapia, che è però da abbandonarsi quando dopo 2-3 iniezioni non si ottengono risultati. I cardiocinetici, il buon caffè, il vino e la consueta medicazione sintomatica tengono sempre il loro posto. Il predominio del tipico quadro ipervagotonico nelle forme nervose da influenza induce, secondo A. Valentini (4), a consigliare l'uso di sostanze paralizzanti l'attività del vago (belladonna e derivati) piuttosto che quelle eccitatrici del simpatico (adrenalina).

Fra le terapie curiose proposte, citiamo quella a base di cloro, usata tempo fa in America ed ora rimessa in onore in Russia da A. P. Samoilov (5). Questi tratta i malati, a 20-30 alla volta, in camere d'inalazione, in cui il cloro si trova nella proporzione di mg. 0,03 per litro d'aria. La seduta dura un'ora ed, in generale, è sufficiente per sbarazzare il paziente dal raffreddore di testa, dalla congiuntivite, dalla cefalea, dai dolori articolari. Anche la temperatura diventa normale. In qualche caso, le sedute vanno ripetute 3-4 volte. Su 930 malati, si sono avuti 919 risultati soddisfacenti.

Per la *profilassi*, valgono le consuete norme di igiene, soprattutto quelle della vigorosa pulizia, di evitare gli affollamenti e lo stretto contatto con i malati. Tenuto conto della grande suscettibilità infantile, sarebbe opportuno sospendere durante l'epidemia le vaccinazioni, le consultazioni e gli ambulatori per bambini. L'uso della maschera può essere indubbiamente utile negli ambienti infetti.

A. FILIPPINI.

(3) Amer. Journ. Hyg., maggio 1930.
(4) Policlinico, Sez. prat., 31 marzo 1930.
(5) Vracebnaia Gaseta, 1930, n. 2.

SUNTI E RASSEGNE.

ORGANI ENDOCRINI.

Ipertrofie, iperplasie e neoplasie della tiroide.

(LORENZETTI. *L'Osped. Magg.*, 1930, nn. 9-10).

È nota la difficoltà di classificazione delle malattie della tiroide e la poca chiarezza dei rapporti intercorrenti fra lesione anatomica e disfunzione di essa.

Tre sono i tipi fondamentali di anomalia funzionale della ghiandola e cioè: l'ipotiroidismo, l'ipertiroidismo (alterazione della quantità della secrezione) e il distiroidismo (alterazione della quantità e qualità della secrezione: m. di Flaiani-Basedow); a spiegare i quali il Pende avanza l'ipotesi che l'aspetto e la funzione normale della tiroide dipendano da due opposte categorie di nervi ghiandolari: nervi accumulatori (parasimpatico) e nervi di scarico del secreto (simpatico) e che uno squilibrio di questi porti uno squilibrio nelle funzioni della ghiandola.

Anatomo-patologicamente l'A., accogliendo in parte le vedute di Eberts, Masson ecc., distingue le manifestazioni progressive (non flogistiche) della tiroide in:

Ipertrofia della tiroide: può essere *fisiologica* (nella pubertà, nell'epoca delle mestruazioni, gravidanze, menopausa) e *patologica*: in questo caso è facilmente modificabile col trattamento jodico.

L'aspetto istologico è quello di una tiroide normale con una maggiore vascolarizzazione interlobulare ed interfollicolare.

Eterotrofie della tiroide cioè quelle ipertrofie in cui vi è disarmonica prevalenza, rispetto ai rapporti normali, a volte della colloide vescicolare (*ipertrofia colloide o vescicolare, gozzo colloide*, in cui si ha distensione dei follicoli, che sono riempiti di sostanza colloide, mentre gli epiteli ghiandolari che circoscrivono la cavità stessa sono più bassi del normale e disposti in un solo strato) e a volte dell'epitelio ghiandolare (*ipertrofia ghiandolare*, caratteristica del m. di Basedow in cui l'epitelio ghiandolare è più alto e voluminoso del normale e si mostra nei vari aspetti: granulare, vacuolare, lacunare e dello stadio secretivo, mentre le cavità follicolari non contengono affatto colloide e contengono un liquido chiaro intingibile che non è colloide).

Quest'ultimo aspetto istologico può essere modificato da interventi chirurgici o da medicazione jodica avendosi lo stesso quadro che si ha nelle remissioni spontanee del morbo, cioè diminuzione dei processi di ipertrofia ed iperplasia dell'epitelio con ricomparsa

entro i limiti fisiologici della colloide endovescicolare (processi involutivi).

Iperplasie della tiroide o gozzo semplice iperplastico, in cui si ha una reale moltiplicazione degli elementi costitutivi del tessuto tiroideo. Si associa sempre ad ipertrofia dell'epitelio ghiandolare. È un processo diffuso, che ha per scopo di accentuare la funzione secretiva specifica della ghiandola, quando questa sia insufficiente.

Eteroplasie della tiroide. In queste, a differenza della precedente, il processo di iperplasia si svolge in modo atipico e disarmonico per cui alla fine si determina una eccedenza dello stroma sull'elemento nobile od epiteliale arrivandosi così al quadro della fibrosi diffusa, perivescicolare o perilobulare.

La *forma di fibrosi perivescicolare* è abbastanza comune anche in altre affezioni della tiroide e prende il significato di malattia a sè, solo quando sia di alto grado e diffusa.

La *forma perilobulare* è assai più comune ed appartiene al quadro istologico di gran parte dei processi iperplastici od ipertrofici della tiroide essendo appunto l'esito di un protratto sforzo funzionale della ghiandola. Naturalmente questa specie di cirrosi della tiroide danneggia la funzionalità della ghiandola.

Il connettivo può subire in seguito processi di tipo regressivo. Non sono da considerare in questa categoria i casi in cui la neoformazione di connettivo sia derivata da processi infiammatori.

Neoplasia benigne: sono gli *adenomi*, processi di natura neoplastica istituitisi nel parenchima ghiandolare e possedenti una vera autonomia, nel senso di essere ben delimitati rispetto al parenchima vicino per mezzo di una capsula e di avere struttura, accrescimento e funzionalità propria. Ma il riconoscimento di questi caratteri non è cosa facile, e ciò specialmente per la difficoltà di dimostrare il carattere di autonomie delle masse in esame, carattere che le distingue dalle iperplasie e ipertrofie comuni circoscritte.

È interessante a questo proposito l'ipotesi patogenetica avanzata ultimamente dal Rienhoff. Secondo questo A., in seguito alle periodiche fisiologiche iperplasie e ipertrofie della tiroide (pubertà, gravidanza, ecc.) nella tiroide avvengono costantemente delle manifestazioni di tipo involutivo legate a periodi di minor prestazione funzionale della ghiandola. Queste modificazioni di tipo involutivo sarebbero appunto quelle che determinerebbero per gradi il passaggio dall'aspetto istologico della tiroide fetale, a quello che noi chiamiamo di tipo adulto con follicoli stipati, vescicolari, a contenuto prevalentemente colloideo. Se la involuzione invece di arrestarsi nei limiti fisiologici va oltre, compaiono in seno alla tiroide delle aree di iperinvoluzione con formazioni colloideo-cistiche.

Questi noduli cistico-colloidei abitualmente noti come neoplastici, adenomatosi, sarebbero dunque di natura perfettamente opposta, cioè focolai di involuzione in seno alla ghiandola, coincidenti o per sè stessi espressione di un abbassamento funzionale di essa in quel punto. Quindi, secondo Rienhoff, solo pochissimi dei numerosissimi casi di cosidetti adenomi tiroidei sarebbero veri adenomi. Gli altri sarebbero processi di iperinvoluzione, analoga a quella che si ha nelle tiroidi basedowiche trattate chirurgicamente o con la medicazione jodica.

Gli adenomi veri, che da alcuni (Ribbert, ecc.) sono ritenuti originati da germi embrionari, e da altri (Virchow, Langhans) derivanti dal tessuto tiroideo normale adulto, si distinguono a seconda del loro aspetto istologico in:

a) *adenomi fetali*: formazioni nodulari incapsulate, di aspetto carnoso, ricche di cellule, costituite a volte da cordoni solidi, a volte da tubuli o da anelli di epitelio cuboidale o a nucleo centrale. Se ne distinguono tre varietà: la trabecolare, la tubulare, la microfollicolare;

b) *adenomi adulti* (colloide): masse sferiche od ovoidali di grandezza e consistenza variabile, aventi, se grosse, una speciale trasparenza gelatinosa assai caratteristica.

È ancora discussa la questione se l'adenoma vero possegga o no capacità funzionale e se possa cioè dare o no segni di ipertiroidismo. Certo si è che neoplasia non significa necessariamente assenza di funzione. La struttura istologica dell'adenoma adulto ricorda la struttura normale della tiroide: vescicole, ripiene di sostanza colloide acidofila e tappezzate da epitelio di piccole dimensioni, che mostra attività proliferativa e che raramente si trova nella fase secretiva. Lo stroma è relativamente scarso e può subire la fibrosi o alterazioni regressive come la degenerazione jalina, mucosa, calcarea.

I noduli adenomatosi possono andare incontro a infiammazione (strumite acuta e cronica, primitiva o secondaria, a forme infettive generali o localizzate in altre sedi (tifo, enteriti, bronchiti, reumatismo a. a., pioemie, ecc.).

Una forma speciale di adenoma con carattere di relativa malignità è l'*adenoma proliferante* o a grosse cellule di Langhans, costituito da cordoni o travate di cellule epiteliali assai grosse a nucleo vescicolato, somiglianti a cellule epatiche (Langhans). Sembra si tratti di adenoma di origine tiroidea ad epiteli scarsamente differenziati, altamente proliferanti ed a cavaliere tra le forme benigne e le maligne. Nel contesto della tiroide si possono inoltre eccezionalmente osservare neoplasie benigne di

origine paratiroidea, aventi macroscopicamente l'aspetto di adenomi tiroidei.

L'A. ha avuto sotto osservazione 27 adenomi della tiroide di cui 11 adenomi fetali, 13 adenomi adulti, 3 misti.

Negli 11 casi di adenomi fetali ebbe a notare 5 volte segni di ipertiroidismo, nei 13 con adenoma adulto una sola volta, e nei 3 misti anche una sola volta i segni di ipertiroidismo.

Neoplasie maligne della tiroide. Sono più frequentemente a carico del lobo destro e nella sede di precedenti nodi adenomatosi (80-90 %). Generalmente primitive, colpiscono quasi sempre individui dai 40 ai 60 anni di età. Sono di difficile diagnosi istologica, tanto che alcuni AA. ritengono errato basare sulla sola osservazione anatomo-istologica la diagnosi di malignità di un processo tiroideo, che deve essere avvalorata dai caratteri clinici, cioè metastasi e recidive.

Riguardo alla forma cosidetta « gozzo metastatico benigno » le ultime ricerche di Simpson fanno molto dubitare della reale esistenza di questa affezione, che dovrebbe rientrare nelle forme neoplastiche maligne.

Macroscopicamente i processi neoplastici maligni della tiroide sono caratterizzati dalla presenza di noduli duri e prominenti irregolarmente distribuiti nella massa ghiandolare. La loro consistenza e volume variano assai: sono a volta circoscritti da capsula, a volta diffusi.

Il centro di tali noduli è occupato da tessuto connettivo da cui partono travate connettivali in senso radiale. Assai caratteristica è la presenza di grossi vasi capsulari trasformati in cordoni visibili ad occhio nudo e rigidi perchè trombizzati dal tumore per invasione o per compressione.

Varie sono le classificazioni proposte dai vari AA.

L'A. adotta quella proposta da Williamson e Peorse che distinguono i neoplasmi maligni della tiroide in:

Adenoma maligno a) *di tipo fetale*: noduli costituiti da cordoni epiteliali variamente intrecciati, privi di formazioni follicolari e privi di colloide, provvisti di una capsula connettivale ben demarcata da cui partono i sepimenti connettivali interni del nodulo, portatori dei vasi nutritizi talora ectasici. È notevole il polimorfismo degli elementi epiteliali e la varietà del loro reciproco aggruppamento. Le propagazioni più frequenti di queste neoplasie avvengono per via linfatica nelle ghiandole regionali.

b) *di tipo adulto.* La caratteristica fondamentale di questa forma è quella di riprodurre, sebbene con reperti di atipia, la struttura istologica dell'adenoma colloideo adulto.

Sono noduli ben incapsulati ad evoluzione per lo più lenta, talvolta silenziosa. Col progredire del processo neoplastico la spiccata analogia di struttura col tessuto tiroideo normale si va facendo sempre meno evidente; gli epiteli diventano atipici e i follicoli si rimpicciolìscono trasformandosi in agglomerati epiteliali solidi. Si hanno metastasi tanto per via linfatica (più frequente) che sanguigna.

c) *papillomatoso*: più raro che i precedenti. Noduli molteplici piuttosto molli, non ben delimitati. Ha minori caratteri di malignità. Trattato chirurgicamente o radiumterapicamente spesso non recidiva e dà raramente metastasi. Il quadro istologico è caratteristico: le cavità follicolari sono ingrandite e contengono più o meno stipate delle masse papillomatose costituite da grosse cellule epiteliali neoplastiche derivanti dalla parete follicolare sostenute da una delicata arboratura connettivale. Tra le papille vi è traccia di sostanza colloide fluida più o meno alterata.

Carcinomi della tiroide. Neoplasie epiteliali atipiche in cui non è possibile riconoscere una disposizione che ricordi anche lontanamente la struttura istologica della tiroide normale. Si distinguono:

1) *carcinomi semplici* a struttura prevalentemente nodulare compatta, costituita da grossi cordoni ed ammassi epiteliali, sostenuti da travate connettivali ben fornite di vasi. Gli epiteli sono atipici, lo stroma è scarso. Questi tumori hanno accentuato carattere infiltrativo boccale. Le metastasi avvengono prevalentemente per via linfatica;

2) la *forma midollare* e 3) la *forma scirrosa* sono varietà della forma suddescritta da cui si differenziano la prima per la cospicua ricchezza di elementi epiteliali atipici a scapito dello stroma che è scarso, mentre la seconda è contrassegnata da abbondanti travate connettivali che si infiltrano, dissociano ed interrompono le masse epiteliali della neoplasia.

L'A. descrive un caso di carcinoma semplice ed uno di carcinoma midollare.

Varietà eccezionalmente rare sono:

il *carcinoma a cellule cilindriche*: caratterizzato dalla presenza di cellule cilindriche atipiche, le quali si dispongono a formare dei tubuli ghiandolari simili a quelli dello stomaco, dell'intestino o anche della mammella;

il *carcinoma a cellule piatte*: di cui non è sicura l'origine e la reale esistenza;

il *carcinoma paratiroideo*: analogo come origine all'adenoma paratiroideo benigno, costituito da travate di cellule poliedriche epiteliali atipiche.

Fra i *tumori connettivali maligni della tiroide* sono da ricordare il sarcoma e l'endotelioma.

Il *sarcoma* è piuttosto raro, di alta malignità, sia per il carattere invasivo locale, sia per la capacità di dare metastasi a distanza per via sanguigna (più frequente) e linfatica. Sono tumori diffusi, raramente nodulari; si distinguono in rotondocellulari, fusocellulari e

polimorfocellulari; inoltre, a secondo della quantità di sostanza intercellulare, in fibrosarcomi, mixosarcomi, osteo- e condrosarcomi. Le forme più ricche di cellule e più povere di sostanza intercellulare dimostrano la più alta malignità. Hanno tendenza a infiltrare e ledere i vasi che li irrorano, onde frequenti focolai emorragici e di necrosi.

L'endotelioma è anche molto raro e macroscopicamente molto caratteristico, trattandosi di una neoplasia nodulare nel cui contesto vi sono delle escavazioni in parte o in tutto occupate da sangue liquido o coagulato. L'aspetto istologico è assai vario, costituito fondamentalmente da cellule appiattite tondeggianti od allungate che hanno rapporto con i vasi sanguigni. Le metastasi degli endoteliomi avvengono per lo più per via sanguigna nei polmoni e meno sovente nelle ossa.

G. LA CAVA.

Tiroidectomia: le sue indicazioni e i suoi risultati definitivi.

(G. W. CRILE. *The Practitioner*, dic. 1930).

L'A. ne parla ampiamente nel riassumere l'esperienza di 20.992 interventi fatti da lui e dai suoi collaboratori. Di tutte queste tiroidectomie, 17.120 sono state fatte per ipertiroidismo, 3684 per gozzo in stato di quiescenza e 188 per cancro.

I casi che ebbero risultato sfavorevole riguardavano malati con sintomatologia che aveva simulato l'ipertiroidismo e in cui si aveva astenia neurocircolatoria e sindrome da sforzo con gozzo e modico aumento del metabolismo basale, come pure malati operati mentre avevano delirio che non era cessato dopo le comuni cure mediche della malattia da cui erano affetti. Fra i casi che ebbero insuccesso bisogna mettere anche i malati di età troppo avanzata e con lesioni cardiache e anche i casi in cui il chirurgo ha fatto errori di tecnica (paralisi bilaterale dell'adduttore, asportazione troppo ampia di tessuto tiroideo donde ipotiroidismo postoperatorio, oppure ipertiroidismo postoperatorio il cui meccanismo di produzione non è chiaro) e i casi di ipertiroidismo ricorrente.

Per quanto riguarda il metabolismo basale, più esso era alterato prima dell'intervento e più esso è migliorato dopo.

In tutti i gozzi asportati si ha una percentuale di malignità dell'1-2 %. Su 85 operazioni per cancro della tiroide seguiti da Roentgenterapia si è avuta guarigione che perdurava dopo 5 anni nel 26,6 % e dopo 3 anni nel 42,2 %. La frequenza del cancro è del 2-4 % rispetto ai casi di adenoma tiroideo.

Su 3172 tiroidectomie per adenoma non si ebbe in nessuna lo sviluppo del cancro. Il gozzo intratoracico può essere estirpato senza inconvenienti purchè non si adoperi l'anestesia generale, si distacchi bene il tumore dalla trachea e dal laringe e si faccia un'emostasi accurata.

Su 500 casi di ipertiroidismo con fibrillazione auricolare studiati da Anderson, collaboratore del Crile, si ebbe guarigione nel 66 e 2/3 %. L'esoftalmo è scomparso dopo l'intervento nel 75 % dei casi (su un complesso di 400 casi).

In 65 casi di artrite concomitante all'ipertiroidismo essa è scomparsa sempre colla tiroidectomia. In 449 casi c'era diabete concomitante, che scomparve spesso e più spesso ancora continuò pur avendosi nettamente una maggiore tolleranza ai carboidrati. Non sempre scompare dopo l'operazione il « nervosismo » caratteristico dell'ipertiroidismo, mentre scompare sempre la diarrea.

Il piano di cura seguito dal Crile nel preparare gli ipertiroidei all'intervento è il seguente: somministrazione quotidiana per via sottocutanea di 2000-4000 cc. di acqua fino a raggiunto equilibrio dell'acqua, digitalizzazione del cuore deficiente, aumento del volume sanguigno colla trasfusione, somministrazione di sedativi, soluzione di Lugol per giorni 10, operazione nella stessa camera del paziente in anestesia locale e analgesia coll'ossido nitroso.

L'operabilità si deve discutere nei casi di cachessia, di scompenso cardiaco, di edemi delle estremità, di ascite, di vomito, di acidosi, di prostrazione, di delirio.

La mortalità operatoria è scarsa: del 0,86 % su 1279 operazioni fatte nel 1929 e più recentemente ancora nessun caso di morte su 344 interventi consecutivi. La mortalità è maggiore nell'età più avanzata: nessun caso di morte si ebbe su 1207 operazioni consecutive in individui al disotto dei 50 anni.

Risultati definitivi: nell'83,5 % aumento di peso dopo l'operazione, nell'87 % possibilità di ritornare al lavoro entro un anno dall'intervento (nel 62,8 % in meno di 6 mesi). Fra le donne in età di avere attività sessuale si ebbero gravidanze nel 19,2 % dei casi. La persistenza di psicosi fu scarsa, al disotto dell'1 %. Ci furono recidive nel 4,4 % dei casi di ipertiroidismo e nel 7,8 % di gozzo semplice e questo nei primi casi operati dal Crile, forse perchè fu asportata quantità insufficiente di ghiandola, tanto più che negli ultimi 5000 operati le recidive furono molto meno frequenti.

R. LUSENA.

Su di un caso di gomma della ipofisi.

(L. MENCARELLI. *Pathologica*, XXIII, 15 settembre 1930).

Le gomme ipofisarie sono piuttosto rare; in letteratura se ne trovano descritti diversi casi, i quali al tavolo anatomico presentano un granuloma, con vaste zone necrotiche, e con scarse cellule giganti.

L'A. riferisce un caso che ha potuto osservare all'autopsia. Si tratta di un uomo di 31 anni, nella cui anamnesi clinica esiste una cefalea frontale, anoressia, stitichezza, e vomiti ad intervalli. L'es. obb. mise in evidenza una epato-splenomegalia; nessun altro disturbo subbiettivo ed obbiettivo. R. W. +++. Fu iniziata una cura di neosalvarsan, ma dopo 4 ore dall'iniezione di 0,10 di tale sale, il paz. decedeva.

L'autopsia mostrò una lesione ipofisaria ed epatica, costituita da una gomma dell'ipofisi e cicatrici da pregresse gomme del fegato. L'esame istologico di tali organi mostrò un processo granulomatoso che aveva alterato profondamente l'ipofisi, il quale secondo l'opinione dell'A. e per la considerazione anatomoclinica deve essere considerato di natura luetica.

Il caso assume una importanza clinica, perchè in un soggetto con ipofisi quasi completamente distrutta non si notò alcun sintomo attribuibile all'alterata funzione endocrina dell'ipofisi; dal lato anatomopatologico assume importanza per i caratteri istologici che presentano le gomme ipofisarie.

L. CARUSI.

Legatura della coda del pancreas nel diabete giovanile.

(GEZA DE TAKATS. *Endocrinology*, luglio-agosto 1930).

Nel cancro della testa del pancreas si osserva glicosuria raramente e solo temporaneamente. Su 28 casi di carcinoma del pancreas l'A. vide la glicosuria in un caso solo e si trattava di un obeso già diabetico prima del cancro.

Secondo l'A. queste osservazioni cliniche dimostrano che il pancreas umano ha ampie riserve funzionali e anche potere rigenerativo.

Molti ricercatori videro sperimentalmente l'atrofia del parenchima secernente con persistenza e qualche volta ipertrofia del tessuto insulare dopo legatura del dotto pancreatico.

Il Mansfeld ebbe l'idea di cambiare la coda del pancreas in ghiandola a secrezione interna interrompendo la sua secrezione esterna e lasciando secernere succo pancreatico solo alla testa e al corpo dell'organo.

L'A. ha notato che legando o separando completamente la coda del pancreas si ha ipertrofia ed iperplasia del tessuto insulare, rapida cessazione della secrezione esterna della coda separata e aumento dell'utilizzazione dei carboidrati. L'aumento della tolleranza dei carboidrati compare dopo 3-4 mesi.

Egli riferisce due casi di diabete giovanile in cui fu fatta la separazione della coda del pancreas col termocauterio elettrico. In tutti e due i casi si ebbe un aumento nella tolleranza dei carboidrati, aumento che ha raggiunto il massimo al 4° mese.

Quindi nella cura chirurgica del diabete si deve tendere non solo a produrre un'ipertrofia delle insule, ma a proteggere dallo strapazzo funzionale queste insule ipertrofiche.

R. LUSENA.

Di un caso di eunucoidismo a sindrome plurighiandolare trattato con innesto testicolare.

(V. GHIRON. *Endocrin. e Pat. Costit.*, f. V, ottobre 1930).

L'A. ha trattato un ragazzo affetto da morbo di Froehlich col trapianto di ghiandola maschile, nel concetto che l'innesto testicolare per poter attecchire e quindi stimolare i tessuti non dev'essere fatto nelle persone anziane, che presentano una completa maturità o peggio una involuzione dei tessuti, ma nei giovani, in cui il riassorbimento degli ormoni forniti dall'innesto trova l'organismo disposto a reagire.

Al paz. di 11 anni fu innestato un testicolo di amadriade di 2 anni di età.

Dopo l'innesto, a distanza di 15 giorni, si notò un netto miglioramento nelle condizioni psichiche (torpore, lentezza, vivacità), nella forza muscolare, nell'appetito; dopo un mese era diminuito di Kg. 2. In seguito s'è risvegliato la sensibilità specifica al testicolo destro, e l'asta ha assunto dimensioni ed aspetto quasi normale.

L. CARUSI.

RENI.

Sulla degenerazione policistica del rene.

(NIECKE. *Bruns Beit. z. Klin. Chir.*, 149, II, 1930).

Riferisce tre casi occorsi nel reparto chirurgico dell'ospedale di Ludwighafen diretto da Simon di cui uno presentava una tumefazione del rene sinistro che giungeva alla ombelicale trasversa mentre nella loggia renale destra si apprezzava solo una resistenza con forte ritardo nella eliminazione dell'indaco carminio a d. (40 minuti) e a sinistra assenza di eliminazione, con un pielogramma caratteristico per un rene policistico a sinistra; il secondo lasciava apprezzare la presenza di un tumore bilaterale ai due reni con un ritardo nella eliminazione dell'indaco, con un quadro pielografico caratteristico; il terzo non presentava segni clinici evidenti per la difficoltà di palpare i reni ma aveva un quadro pielografico caratteristico.

In tutti e tre era stata fatta una diagnosi errata di tumore nel primo, pionefrosi nel secondo e colica da calcoli nel terzo.

L'A. parla quindi dei dati per poter distinguere il rene policistico dalle cisti solitarie che sorgono nel parenchima renale periferico,

sono piccole, giungendo ordinariamente alla grandezza di una mela e raramente a quella di una testa. Esse non hanno comunicazione col bacinetto ed hanno come causa patogenetica o la chiusura di un dotto durante il periodo fetale o per una nefrite interstiziale o la compressione di un tubulo renale. Esse sono ordinariamente unilaterali e raramente bilaterali. Possono svolgersi nei tessuti pararenali pur rimanendo in connessione con un dotto renale. Nella loggia renale per inclusioni fetali possono inoltre originarsi cisti dermoidi, tumori renali specialmente ipernefromi. Per nefrite cronica si possono formare cisti multiple che vengono riguardate come cisti da ritenzione.

Il contenuto delle cisti solitarie e delle cisti multiple è identico e forse le due forme sono due stadi della stessa affezione.

Il rene policistico viene riportato dai più ad una malformazione fetale.

Esso ha un carattere di ereditarietà e spesso quello della bilateralità, e può essere accompagnato da malformazioni varie come l'ermafroditismo, idrocefalo, spina bifida, uranoschisi, vagina bipartita, atresia, ani ecc., da formazioni cistiche in altri organi come fegato, pancreas.

La patogenesi del rene policistico è secondo Virchow da attribuire ad una pielonefrite fetale che produrrebbe una compressione nei canalicoli renali; altri pensano ad un adenocistoma multiloculare od un cistoadenoma simile a quello dell'ovaio, della mammella, del testicolo; altri ricercano l'origine in un residuo del corpo di Wolf, altri infine in un aumento della pressione endocanalicolare.

Christeller avendo osservato che il peso del rene policistico è 3 volte maggiore di un rene della stessa grandezza pensa che non si tratti solo di dilatazione dei canalicoli renali ma di un accrescimento del tessuto e quindi ammette una neoformazione del tessuto interstiziale mesenchimale.

Le cisti hanno nel loro interno cellule piatte o poligonali che a volte somigliano a quelle dei dotti renali.

Il contenuto ha reazione neutra o alcalina, è colorato di sangue, contiene colloide della tiroide, albumina, acido urico, leucina, colesterina, grasso, corpuscoli sanguigni, epiteli, detriti e formazioni a rosetta dovute a cistina.

Del rene policistico si distinguono 2 gruppi: uno in cui la malattia compare come una malattia generale, l'altro in cui i sintomi compaiono nel rene.

Nel primo tipo si trovano alterazioni del tubo gastro-enterico con perdita dell'appetito, vomito, dolori intestinali, diarrea o costipazione, perdita di peso, così che spesso si persegue in una falsa diagnosi, mentre tali disturbi si spiegano come alterazioni uremiche larvate. Alle volte si hanno attacchi asmatici, convulsioni e coma, ed anche i segni di un tifo addominale, di una meningite. Si possono avere alterazioni cardiache, edemi, alterazioni sclerotiche del cuore, dell'aorta, dei vasi cerebrali.

Nel secondo tipo esistono dolori gravativi ad uno o a tutt'e due i reni che alla palpazione si mostrano ingranditi. Si può avere ematuria di grado vario, certe volte minimo, sintoma che può rendere difficile la differenziazione da un tumore.

La diagnosi è ancora difficile quando al rene policistico si aggiungono alterazioni secondarie come idronefrosi, calcoli, pielonefrosi, infezioni.

Grande importanza ha per la diagnosi la ricerca radiografica col pneumoperitoneo, il pneumorene e la pielografia. Nelle cisti numerose, grosse o piccole, i calici sono fortemente allungati e così anche la pelvi non allargata ma allungata con ombre lunghe, a punta di matita, a bastone.

La prognosi deve esser fatta con riserva poichè non è sicura una lunga sopravvivenza, mentre è possibile che la malattia non dia alcun segno.

Per lo più la malattia si manifesta verso i 40 anni.

Gli antichi la riguardavano come un « noli me tangere ».

Vi sono delle indicazioni operatorie dovute a profuse emorragie, eccessivo sviluppo. Si è pensato alla nefrectomia e Maier ne ha 2 casi guariti. Clairmont è contrario alla nefrectomia poichè un rene policistico è funzionalmente simile ad un rene grinzo. Mentre Maier ha visto l'urina aumentare nei due casi nei giorni seguenti alla nefrectomia, Clairmont crede che quella sia una poliuria compensatoria che è il principio dell'uremia poichè, dopo il periodo compensatorio, si inizia un'uremia latente che poi diventa manifesta e conduce alla morte.

Si è cercato un mezzo conservativo con la punzione delle cisti che si può anche ripetere dopo qualche anno.

Da altri sono state asportate le cisti col termocauterio lasciando il rene. Se le cisti sono in un polo si può fare la resezione.

Payr apre le cisti col galvanocauterio operando anche in tutt'e due i reni con buon risultato.

È da ricordare che il malato con rene policistico è molto sensibile ai narcotici per cui si deve adoperare l'anestesia locale o altra che non sia la narcosi. R. BRANCATI.

Sulla nefrite cosidetta tubercolare e sulla batteriuria tubercolare.

(J. JASIENSKI. *Journ. d'Urol. Med. et Chir.*, settembre 1930).

La questione della nefrite tubercolare senza presenza contemporanea del tubercolo è tuttora controversa. La sua esistenza tuttavia è accertata oltre che su osservazioni cliniche e di

laboratorio, anche da risultati sperimentali. Le osservazioni anatomo-patologiche ci hanno dimostrato che in reni di soggetti affetti da tubercolosi polmonare, che in vita eliminavano con le urine b. di Koch, spesso si ritrovano delle lesioni di flogosi banale senza alcun carattere specifico. Due teorie tendono a spiegare diversamente queste lesioni: la teoria tossinica sostenuta da Chauffard, e la teoria bacillare, che attribuisce i fatti flogistici all'azione locale del b. di Koch.

L'A. è partito dalle ricerche di Bernard e Salomon, i quali, mediante iniezioni sottocutanee ed intraperitoneali di b. di Koch in animali, determinarono nei reni di questi delle lesioni a tipo flogistico semplice e solo eccezionalmente con presenza di tubercoli tipici.

L'A. ha infettato: 4 cavie con una iniezione ipodermica di 0.1 mmgr. di sospensione di bacilli viventi; 3 cavie per via ipodermica con sospensione di bacilli uccisi; ed infine 5 altre con filtrati di bacilli e di prodotti di focolai tubercolari. Ha inoltre esaminato i reni di due cavie, cui non era stato applicato alcun trattamento, per scoprire eventuali alterazioni da prodotti chimici per l'allestimento del preparato, ed i reni di due cavie, cui 48 ore prima era stato inoculato del filtrato di germi. Nessuna lesione presentavano i reni di queste ultime quattro cavie, segno evidente che i reagenti non alteravano i preparati, e che le lesioni non avvenivano nelle prime 48 ore.

Le cavie dei primi tre gruppi venivano sacrificate dopo 4-5 settimane, ed i reni prelevati, venivano usati per allestire una serie numerosa di preparati, metà dei quali con i procedimenti atti a dimostrare i germi. In nessun preparato fu dimostrato il b. di Koch, nè alcun tubercolo.

Esistevano invece in tutti i casi lesioni flogistiche semplici e fatti degenerativi a carico di tutti i tuboli uriniferi, maggiormente spiccati nei casi in cui erano stati inoculati germi viventi. I reni erano iperemici, però non esistevano fatti di soffusione emorragica. In un secondo gruppo di esperienze l'A. ha iniettato a due serie di cavie la stessa quantità di bacilli morti, e di filtrati batterici usati nella prima serie di esperimenti, avendo però cura di ripetere l'inoculazione 4 volte, ogni otto giorni. I reni di queste cavie, sacrificate dopo 5 settimane, presentavano lesioni a tipo flogistico-degenerative, simili per intensità a quelle ottenute con una inoculazione sola di bacilli viventi. Queste esperienze provano che i b. di Koch vivi o morti, così come i loro filtrati, introdotti in una parte lontana dai reni, sono in grado di produrre in questi alterazioni dei tuboli uriniferi, e che la presenza dei germi nei reni non è affatto indispensabile a produrle.

La eliminazione di bacilli di Koch da parte di un rene sano in organismo però affetto da tbc. polmonare, è un fatto accertato ormai definitivamente, e costituisce una ragione importante per la quale una diagnosi precoce di t.b.c. renale non può essere basata esclusivamente sul reperto positivo del b. di Koch nelle urine.

Numerosi sono i casi descritti dalla letteratura, in cui la filtrazione di b. di K. attraverso il rene non aveva determinato altro che lesioni di nefrite banale, però scarse sono le osservazioni che rispondono rigorosamente alle due condizioni indispensabili a fornire delle conclusioni sicure: 1) la dimostrazione del b. di K. nelle urine oltre che batteriologicamente anche con reazioni biologiche; 2) l'esame istologico dei reni negativo assolutamente per lesioni specifiche. I casi di batteriuria tubercolare descritti nella letteratura si possono distinguere in due gruppi:

1) casi in cui in presenza di una t.b.c. polmonare, e di b. di K. nelle urine, l'autopsia non rivelò nulla a carico dei reni;

2) casi in cui, per la presenza del b. di K. nelle urine si diagnosticò una t.b.c. renale, mentre all'intervento operatorio si trovò: o un'altra affezione (tumore, calcolosi, uronefrosi), o semplicemente delle lesioni flogistico-degenerative semplici.

L'A. riporta tre casi di quest'ultimo genere; in due l'esame istologico del rene asportato non rilevò alcuna lesione specifica, nel terzo la nefrotomia esplorativa mise in evidenza un rene normale.

Esistono poi dei casi, in cui reni sani possono eliminare il b. di K., mentre l'altro rene è la sede di una tubercolosi caseosa, però tali osservazioni non hanno avuto un controllo istologico.

Riguardo alla diagnosi differenziale fra batteriuria t.b.c. e tubercolosi renale inizialissima, l'A. crede che oltre la presenza del b. di Koch nelle urine, e di una piccola quantità di pus, occorre costatare a carico del rene sospetto anche un disturbo funzionale.

Fedorow crede che i reni capaci di far passare b. di Koch sono affetti da tubercolosi atipica; *pretubercolosi* o *nefrocirrosi* di Koch, e si dichiara favorevole ad un trattamento conservativo di fronte a questi casi, contrariamente ad altri autori i quali, in vista delle difficoltà, a volte insuperabili per una diagnosi differenziale corretta fra tubercolosi iniziale e le forme suddette, sono per una cura demolitiva anche in questa evenienza. V. LOZZI.

La terapia diatermica delle malattie renali.

(GEDDA e CHIESA. *Arch. Scienze Mediche*, dicembre 1930).

In tempi recenti diversi AA. hanno richiamato l'attenzione sugli effetti utili che la diatermia può esplicare agendo sul rene malato, in considerazione del fatto che la ricca vascolarizzazione del rene fa sì che esso si trovi

nelle migliori condizioni per giovarsi della diatermia, la quale, come è noto, esercita in gran parte la sua azione provocando un'iperemia attiva dalla parte trattata.

Gli AA. hanno studiato, sotto l'aspetto clinico e terapeutico, l'azione della diatermia locale sul rene ammalato. In base a numerose osservazioni riguardanti svariate nefropatie, hanno potuto precisare che la nefrodiatermia determina maggiore produzione di orina e maggiore eliminazione di soluti, diminuzione dei valori pressori, dell'albuminuria, del sedimento patologico, miglioramento delle prove funzionali e delle condizioni generali. Essi reputano particolarmente utile la terapia diatermica nei casi gravi di glomerulo-nefrite acuta diffusa, nelle nefrosi, nel II e III stadio della glomerulonefrite, nel rene grinzo primitivo, nel rene policistico, nelle anurie riflesse, specie da litiasi renale. Nelle fasi terminali del terzo stadio e particolarmente a quadro uremico conclamato, l'effetto della diatermia è scarso. Inoltre gli uremici ed i preuremici, a differenza dei glomerulonefritici non uremici, sopportano assai male le diatermo-applicazioni, accusando sensazioni moleste e dolorose. Per contro le ritenzioni acute di scorie con ipertensione, azotemia elevata, ecc., come si verificano nelle anurie riflesse da calcolosi renale, costituiscono una indicazione precisa per l'impiego delle correnti ad alta frequenza sul rene.

Circa la frequenza e la dosatura delle applicazioni, bisogna regolarsi caso per caso sulla guida della sintomatologia clinica. In genere, distanziando opportunamente di settimane e mesi le applicazioni seriate, bisogna preoccuparsi di realizzare, fin dove è possibile, una terapia di esercizio per l'organo. Nelle contingenze acute l'intervento è naturalmente immediato ed insistente. C. TOSCANO.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

F. PEDRAZZINI. *Architettura ed emoidraulica del sistema cranio-vertebrale encefalo-midollare*. Un vol. in-8° di pagg. 523. Edd. Treves e Bocca, Milano, 1930. Prezzo L. 40.

L'A. ha riunito in questo volume tutti i suoi lavori riguardanti il sistema cranio-encefalico, anche allo scopo di ribadire alcuni suoi concetti, di confermare alcune sue osservazioni in un momento, nel quale da alcuni AA. si è voluto o troppo semplificare, od addirittura fuorviare da quelle giuste acquisizioni anatomo-fisiologiche, che ebbero luminosa conferma sperimentale e clinica.

Nella parte prima del libro sono estesamente trattate l'architettura e le lesioni traumatiche del cranio, nella seconda i fenomeni emoidraulici encefalo-midollari fisiologici, nella parte terza i patologici e di questi gli idrocefali, l'edema cerebrale, il fattore meccanico delle emorragie cerebrali, la papilla da stasi, la commozione, le glicosurie traumatiche.

Le conclusioni dell'A. sono il frutto di pazienti e minute ricerche, eseguite con una tecnica impeccabile ed interpretate con critica serena e severa, per cui la lettura dei singoli capitoli riesce interessante, istruttiva e persuasiva.

La ricchezza delle personali esperienze sulle quali il più delle volte l'A. basa il suo ragionamento ed il suo giudizio è la prova dello scrupolo e della coscienziosità, colla quale il Pedrazzini ha assolto il compito che si è prefisso.

È un libro quindi di molto interesse pratico e scientifico. P. C.

E. BENJAMIN. *Grundlagen und Entwicklungsgeschichte der kindlichen Neurose*. Vol. di pagg. 144 con 5 figure. Edit. G. Thieme, Lipsia, 1930.

Il lavoro dell'A. tratta il problema delle neurosi infantili dal punto di vista del pediatra. La cura della neurosi infantile non può essere solamente medica ma anche pedagogica, perciò il libro interesserà non solo il neurologo e il pediatria, ma anche tutti quelli cui è affidato lo sviluppo intellettuale del bambino.

La esposizione è ricca di esempi e completata con un corredo abbondante di cognizioni.

P. VALDONI.

WITTERMANN. *Frühsymptome geistiger Erkrankungen*. Berliner Klinik, vol. 37, fascicolo 420, 1930. Ed. Fischer, Kornfeld, Lipsia, 1930.

In poche pagine l'A. ha raccolto i sintomi iniziali delle malattie mentali. E' data parti-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

colare importanza ai sintomi premonitori della demenza paralitica e a quelli dell'epilessia.

In una rapida sintesi è discussa la difficoltà della diagnosi differenziale e citati gli errori più frequenti. P. VALDONI.

H. MONNIER. *Étude médicale de quelques guérisons survenues à Lourdes.* Un vol. in-8°, di 66 pagg. - N. Maloine, ed., Paris, 1930.

Questa monografia è una tesi di dottorato che ha ricevuto alla Facoltà medica di Parigi la menzione onorevolissima.

Dopo 5 pagine di dediche, l'A. entra in argomento, riportando la storia di tre malate, che hanno conseguito a Lourdes la guarigione, l'una durante il bagno nella piscina, le altre due durante una cerimonia religiosa. Una di esse portatavi allo stato cachettico e tale da destare inquietudini, si è alzata ed ha ripreso la vita normale, passando, in pochi mesi, dal peso di 33 kg. a quello di 51. Un'altra, che zoppicava perchè uno degli arti inferiori era più corto di 3 cm., si è messa a camminare diritta; i suoi arti avevano ripresa la lunghezza uguale. Una terza, affetta da morbo di Pott con paraplegia, si è pure alzata, si è messa a camminare ed è guarita, senz'altro con scomparsa anche della gibbosità. Per quest'ultima, l'A. riporta anche la documentazione di visite di altri medici.

L'A. conclude che il medico non deve sconsigliare ai malati di recarsi a Lourdes, quando la terapia consueta non ha sortito gli effetti desiderati, ed in ciò ha pienamente ragione; nessuno di noi ha il diritto di distruggere una fede — porto tranquillo di rifugio per tante anime provate dalla sventura — anche se questa è diversa dalla nostra. La nostra ignoranza sulle cause che producono una guarigione non è una ragione di escludere i fatti che siano debitamente accertati e per negare al malato l'ultima speranza, l'ultimo conforto.

La documentazione fornita dall'A. per le due prime malate non ci sembra molto probativa.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Reale Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 12 dicembre 1930 - IX.

Presidenza: Prof. A. M. DOGLIOTTI.

Proposta di un nuovo metodo di cura delle algie periferiche: alcoolizzazione delle radici posteriori nello spazio subaracnoideo.

Prof. A. M. DOGLIOTTI. — Riassunti i moderni concetti sulla fisiopatologia del dolore si associa alla classica dottrina di Müller-Richet-Goldscheider recentemente sostenuta con nuovi argomenti da Lugaro.

Per sopprimere un dolore riferito ad un dato territorio non è necessario interrompere tutte le fibre della sensibilità da esso provenienti, ma basta ridurne il numero in misura naturalmente proporzionata all'intensità, alla durata, all'ampiezza del territorio di applicazione dello stimolo algogeno.

L'O. ritiene che il metodo da lui studiato eserciti una falcidia delle fibre nervose sensitive delle radici posteriori corrispondenti al territorio sede del dolore.

Accertate per mezzo di alcune esperienze in vitro e sul cane, da un lato le proprietà di galleggiamento dell'alcool assoluto sul liquor e la sua azione biologica qualora venga iniettato una piccola quantità (alcuni decimi di cmc.) nello spazio subaracnoideo, egli ha praticato nell'uomo, nei casi di sindromi dolorose di varia natura, l'iniezione di alcool assoluto con la seguente tecnica:

1) puntura spinale con la solita tecnica nello spazio intervertebrale più vicina alle radici da colpire;

2) posizione dell'a. in decubito laterale sul fianco opposto a quello che è sede della nevralgia per modo che le radici da colpire vengono a trovarsi in posizione elevata;

3) sollevare il tronco od il bacino di qualche grado rispetto al punto di introduzione dell'ago a seconda che si vuole fare risalire l'alcool verso il tronco o verso la parte bassa del sacco durale;

4) iniezione lenta di 2-4-6 decimi di cmc. di alcool assoluto che per la sua leggerezza si porta rapidamente nello sfondato meningeo più elevato e quindi a contatto con radici spinali corrispondenti;

5) dopo 15-20 minuti di decubito laterale il p. può alzarsi.

L'iniezione provoca dapprima senso di calore e quindi forte ipoestesia in corrispondenza del territorio dipendente dalle radici interessate; solo secondariamente sono interessate le radici anteriori, che specie a livello della coda equina sono separate dallo spazio subaracnoideo posteriore in causa delle radici posteriori.

Per quantità di alcool inferiore a 0,5 cmc. non si hanno fenomeni motori notevoli, solo in qualche caso si osserva leggera ipofunzione muscolare transitoria (12-24 ore).

I dolori precedenti all'iniezione cessano dopo 10-20 minuti dall'iniezione. Dopo 12-18 ore nei 2/3 dei casi si inizia un quadro di reazione meningea circoscritta con riacutizzazione dei dolori e spesso cefalea più o meno intensa: questo periodo dura da 24 ore a 8-10 giorni; talora può mancare.

In seguito, nella grande maggioranza dei casi scompaiono i dolori per cui fu fatta l'iniezione e rimane solo qua e là qualche zona di ipoestesia; non furono mai osservati disturbi motori o funzionali. Tutti i fenomeni osservati sono sempre stati circoscritti al lato interessato.

I casi riferiti sono trenta di cui il primo risale ad otto mesi.

I migliori risultati furono osservati in nevralgie sciatiche acute e subacute ribelli ad altri trattamenti; mediocri risultati nelle funicoliti e nelle radicoliti da compressione secondarie ad artriti della colonna vertebrale... In tre casi (nevrite diabetica, funicolite da compressione, dolori tabetici diffusi) non ottenne miglioramento.

Il Segretario: G. Villata.

Associazione Medica Triestina. Circolo di coltura del Sind. Fasc. Medici.

Seduta scientifica del 21 novembre 1930.

Presidente: Dott. Attilio Cofleri.

Sulla terapia dietetica del diabete mellito.

Dott. L. Winternitz. — L'O. dopo aver enumerato i vari schemi dietetici proposti per la terapia del diabete mellito, asserisce che un indirizzo sicuro da utilizzarsi al letto del malato, per chi non voglia abbandonarsi ad un deplorabile empirismo, potrà essere dedotto soltanto dalla teoria della malattia. Esaminate le due principali teorie, quella della superproduzione e quella della cessazione del consumo, egli dimostra come la chiave per risolvere il problema patogenetico del diabete sia nella questione se grassi possano trasformarsi in idrati di carbonio. L'O. conclude che tale trasformazione avvenga realmente, traendo i suoi argomenti particolarmente dalla disamina del chimismo muscolare. La via della trasformazione condurrebbe, come suppone anche il Noorden, attraverso l'aldolo e l'aldeide acetica. Ammessa la trasformazione dei grassi in idrati di carbonio cade la teoria della cessazione del consumo. La teoria di superproduzione ammette una maggiore e più tumultuosa disintegrazione del glicogene epatico. Alla scomparsa del glicogene epatico consegue la carica adiposa del fegato e la comparsa dei corpi acetonici, la cui completa combustione è legata alla contemporanea combustione di glucosio nel fegato. L'iniezione di insulina ripristina il glucogene epatico, allontana il grasso dal fegato ed elimina l'acetonemia. La dieta deve mirare ad aumentare il glucogene del fegato. A ciò non si prestano le diete ricche di grasso che pur realizzando dei successi iniziali, per l'assenza dell'azione specifica dinamica delle albumine, aumentano a lungo andare l'infiltrazione grassa del fegato e inducono la temibile denutrizione azotata. L'O. propugna quali diete stabili, quelle proposte da Porges e Adlersberg composte di albumine e carboidrati poverissime di grasso ed illustra a sostegno della sua tesi, quattro casi curati con successo con questo metodo.

Seduta scientifica del 28 novembre 1930.

Presidente: Dott. Attilio Cofleri.

Eruzione papulosa disseminata.

Il Prof. Freund riferì su due casi di eruzione papulosa disseminata sul volto, sul collo e sugli avambracci. Uno di questi riguarda una donna con pregressa tubercolosi polmonare e per esso, nonostante numerose biopsie eseguite in due anni di osservazione, non era stato possibile stabilire una diagnosi. Appena in base a una nuova biopsia, eseguita nell'ultimo anno, la quale aveva dato come reperto principale la presenza di infiltrati formati da linfociti, cellule epitelioidi, giganti e di Langhans, si potè concludere trattarsi di un processo tubercolare di un tipo fino allora non ancora osservato, eccezion fatta per il caso di Milian-Garnier, reso noto recentemente da questi autori sotto il nome di « tuberculides miliaires papuleuses disseminées ». La diagnosi di processo tubercolare è stata appoggiata dall'esito positivo della reazione di Mantoux e dall'emocoltura eseguita dal prof. Loewenstein col suo noto metodo. L'altro caso riguarda una donna quasi della stessa età, nella quale l'affezione era identica sia riguardo il modo di insorgere, sia per l'aspetto morfologico, sia per quello microscopico, che diede reperti di una tubercolosi di forma atipica. Identico fu l'esito dell'intradermoreazione del Mantoux, fortemente positiva, mentre il risultato della emocoltura del bacillo di Koch, è ancora in corso. Anche dal lato terapeutico si ebbe lo stesso comportamento nei due casi, cioè completa guarigione coll'impiego di raggi ultravioletti. Ambedue i casi infine si rilevarono identici sotto tutti i riguardi al caso del Milian-Garnier pubblicato nel n. 3 della « Revue franç. de dermatologie et de vénéréologie », anno 1930. L'O. è dell'opinione che il caso del Milian-Garnier ed i suoi due formino un tipo di tuberculide nuovo e accetta per esso la denominazione usata dal Milian-Garnier di « tuberculides papuleuses miliaires disseminées » aggiungendo però ad esse le parole: type Milian-Garnier.

Il Dott. Lang intervenne nella discussione. Egli sta studiando l'emocoltura del bacillo tubercolare per incarico del dott. Ferrari.

Il Prof. Marziani presentò un caso di autolesionismo cutaneo.

Il Dott. I. Levi portò un contributo clinico ed istologico alla conoscenza del *fibrosarcoma cutaneo, tipo Daruer-Hoffmann*, presentando nitide microfotografie.

Riunione scientifica del 5 dicembre 1930.

Presidente: Dott. Cofleri.

Il Prof. Freund presentò uno dei casi di una *nuova forma di tuberculide* (tuberculides papuleuses miliaires, tipo Milian-Garnier) guarito con raggi ultravioletti.

Il Prof. Oliani si intrattenne sui seguenti temi:

1) *Cardiospasmo, patologia, sintomatologia e cura chirurgica*. Descrizione di due casi personali.

2) *Cisti da echinococco del polmone*. L'O. trattò della patologia, della sintomatologia clinica del trattamento chirurgico e riferì sopra un caso personale operato con successo.

Infine il Prof. Oliani fece la presentazione di una sua paziente da lui già portata al Congresso Nazionale di Chirurgia in Roma (cfr. *Policlinico*, Sez. Pr., p. 1607).

È questo, come dichiarò il prof. Alessandri di Roma, il primo e unico caso guarito in Italia. Finora sono riusciti soltanto 48 casi in tutto il mondo.

Il Segretario: L. Winternitz.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA

Modificazioni della forma, della posizione e della tonicità dello stomaco sotto l'influenza del regime.

Secondo le idee del professor Jarotzky, la quantità del contenuto gastrico deve influenzare la posizione dello stomaco: più il contenuto dello stomaco sarà grande, più lo stomaco sotto l'influenza del peso del contenuto si abbasserà nella cavità addominale. Al contrario, si può supporre che ogni fattore che renderà più facile l'evacuazione dello stomaco, diminuirà nello stesso tempo la quantità e quindi il peso del contenuto gastrico e produrrà l'elevazione dello stomaco. Nel regime dei malati affetti da gastroptosi deve essere evitato tutto ciò che provoca la secrezione abbondante del succo gastrico, poichè in questi casi il contenuto gastrico acido, arrivando al duodeno, provocherà la chiusura del piloro e la ritenzione del contenuto nello stomaco. Bisogna ancora ricordare che, secondo Jarotzky, lo stato del pancreas deve influenzare l'evacuazione dello stomaco, poichè, secondo i dati della scuola di Pawloff, il grasso arrivando al duodeno provoca la chiusura del piloro, la quale dura fino a quando la porzione di grasso arrivata al duodeno non sia digerita dal succo pancreatico e dalla bile. Da questo punto di vista, nei casi in cui la secrezione del succo pancreatico o della bile sarà insufficiente, la chiusura del piloro sarà più prolungata, il contenuto dello stomaco sarà ritenuto e lo stomaco si abbasserà.

In base a questi concetti, J.-D. Klimenko (*Arch. des mal. de l'app. digest. e de la* **nutr.** ott. 1930) critica la dieta proposta da Boas e Conheim nei casi di gastroptosi, in quanto il regime latteo, consigliato da detti AA., provoca una secrezione abbondante di succo gastrico, così come la mescolanza di sostanze albuminoidi e di grassi. Una dieta razionale è invece quella consigliata dallo Jarotzky, consistente in 2-4 bianchi d'uova crudi, 120 gr. circa di riso o di semola, 800 gr. di purée di patate e circa 200 gr. di burro. L'A. ha saggiato questa dieta in 7 malati affetti da ulcera gastrica o duodenale, da stenosi pilorica, da pilorospasmo ed ipersecrezione. In tutti era constatabile una gastroptosi ed in tutti i casi, sotto l'influenza della dieta su detta, si osservò, oltre al miglioramento di tutti i sintomi morbosi ed alla diminuzione della ipersecrezione, l'elevazione dello stomaco, il ritorno alla sua forma normale ed un miglioramento della sua tonicità. C. TOSCANO.

Anemia perniciosa e resezione gastrica.

Hangarter (*Deut. Med. Woch.*, 21 nov. 1930) descrive il caso di un individuo che, due anni dopo una resezione dello stomaco da ulcera gastrica veniva ricoverato nel Policlinico di Bonn con un quadro di anemia grave megalocitica ipercromica: la epatoterapia provocò un netto rialzo nel numero dei globuli rossi, mentre il tasso emoglobinico restava immutato.

L'A. insiste sul rapporto che correva in questo caso tra l'asportazione dello stomaco e l'insorgenza dell'anemia, e cita altri casi simili riportati da altri autori. V. SERRA.

CASISTICA E TERAPIA.

La prognosi dell'agranulocitosi.

Numerosi trattamenti sono stati applicati all'agranulocitosi (medicazione di « shock », sieroterapia antistreptococcica, trasfusione, ecc.) senza che tali terapie abbiano potuto modificare la prognosi tanto grave di questa malattia.

Spengler (*Wiener klin. Wochens.*, 9 genn. 1931) riporta un caso di guarigione spontanea in un uomo di 28 anni, che aveva presentato il quadro clinico abituale: febbre, grave compromissione dello stato generale, stomatite ed angina ulcero-membranosa, adenopatia sottoangolo-mascellare, caduta notevole del numero dei leucociti, ridotti a 420 per mmc., di cui 3,5 polinucleari per 100.

Al quarto giorno di malattia, la quantità dei globuli bianchi aumenta in modo lento, ma graduale, fino a raggiungere gli 8.700 al 10° giorno; la guarigione si ebbe dopo tre settimane, dopo suppurazione dei gangli sottomascellari.

Alcune particolarità distinguono questo caso: non si ebbero in esso nè emorragie delle mucose, nè processo gangrenoso del faringe.

Le variazioni del quadro clinico, il reperto di forme guaribili sembrano confermare la teoria di Jagic e Spengler secondo cui l'agranulocitosi non è una affezione autonoma, ma bensì una sindrome. La possibilità di guarigione spontanea, però, non deve far trascurare la terapia, specialmente la trasfusione di sangue. *fil.*

L'agranulocitosi e il suo trattamento.

Attualmente non si considera più l'agranulocitosi come una malattia a sè, secondo il concetto di Schultz, ma come una sindrome, di cui l'elemento principale è costituito dalla intensa leucopenia, con rarefazione più o meno marcata dei granulociti. Tutti gli altri sintomi descritti da Schultz sono incostanti e possono mancare.

Di tale opinione è R. Leuchtenberger (*Ther. der Gegenwart*, LXXI, aprile, 1930), il quale

accanto a forme di etiologia nota, associate ad influenza, setticemia puerperale, linfadenosi aleucemica, intossicazioni da arsenobenzoli, riconosce agranulocitosi ad etiologia sconosciuta.

La terapia deve mirare a curare la malattia principale, di cui l'agranulocitosi è un sintomo; negli altri casi vi sono tre mezzi per agire sulla leucopenia:

1) La radioterapia delle ossa con dosi eccitanti (1/20 dose d'eritema) ha dato un aumento di leucociti, veramente transitorio, fatto negato da alcuni AA.

2) La trasfusione di sangue, che, secondo alcuni ha dato delle guarigioni, secondo altri è restata inefficace.

3) Le iniezioni leucogene (trementina, latte ecc.) sono meno efficaci.

La terapia sintomatica quindi è quasi disarmata di fronte a tali forme morbose.

L. CARUSI.

Le difteriti emorragiche e la porpora dopo l'uso del siero.

J. Sabrazès (*Arch. mal. coeur*, ott. 1930) passa dapprima in rivista quelle malattie infettive che hanno un carattere emorragico più o meno marcato; ricorda il vaiuolo, la meningite cerebro-spinale epidemica, l'ittero infettivo, la sepsi gonococcica, il tifo esantematico, il tifo addominale ecc..

Per quanto riguarda la difterite, il Di Guglielmo ha messo in evidenza che la tossina difterica è capace di provocare sperimentalmente una sindrome emorragica così come la tubercolina.

Ora Sabrazès descrive un caso di difterite in una donna di 36 anni che ebbe esito letale, e che fu caratterizzato da imponenti manifestazioni emorragiche della cute e delle mucose, insorte in 3ª-4ª giornata di malattia: nel sangue trombopenia spiccata, tempo di coagulazione ritardato, tempo di emorragia prolungato: il laccio era positivo. Sintomi fondamentali: ipotensione progressiva, nefrite, oliguria.

La sindrome emorragica si scatenò alle prime iniezioni di siero antidifterico, quello stesso siero cioè che tanto giova nelle forme di Werlhof ma in rapporto colla difterite.

L'A. è incline ad ammettere che in questo caso la difterite abbia svelato una diatesi emorragica latente, già preesistente: sebbene non respinga del tutto l'ipotesi che l'infezione difterica possa averla determinata, di per sè: e ricorda come tutte le altre malattie infettive, su ricordate, diano costantemente un quadro ematologico che ricorda quello di Werlhof. Quanto alla patogenesi di questa forma morbosa, essa risiede sopratutto sulla fragilità dell'endotelio capillare (endotelite di natura maligna).

Ma anche la trombopenia ha il suo valore, e l'A. accenna alla possibilità che essa debba attribuirsi ad un'azione attrattiva e distruente della piastrina esercitata dal sistema reticolo-endoteliale: quest'ultimo era fortemente colpito dall'infezione, come dimostra l'alta monocitosi (30 %) nel circolo periferico.

Poi l'A. cita un altro caso di porpora, comparsa al 7° giorno da una iniezione di siero antidifterico: ora, mentre le varie manifestazioni cutanee della malattia da siero (eritema, papule, orticaria ecc.) sono assai frequenti, la porpora è rara.

Anche qui l'inferma aveva tendenza alle epistassi e alle menorragie: la trombopenia mancò del tutto.

L'A. sembra incline ad ammettere che si sia in questo caso, trattato di infezioni secondarie sopraggiunte, streptococciche: così come si ammette per le eruzioni scarlattiniformi da siero.

Per ridurre al minimo le conseguenze del siero l'A. consiglia l'uso del siero « purificato » Pasteur.

V. SERRA.

Le difteriti minime.

Chr. Zoeller (*Bull. Soc. Méd. d. Hôp.*, n. 28, nov. 1930) riferisce due casi clinici, d'una madre e d'una sua figlia, che presentarono una difterite leggera. Il primo caso presentava una lieve patina membranosa sul pilastro anteriore. La cultura di tale essudato mise in evidenza i bacilli difterici; dopo tre giorni ogni segno clinico era scomparso. In questa ammalata la reazione di Schick era positiva, l'anatossi-reazione negativa; si trattava quindi d'un soggetto recettivo ma non allergico.

La figlia, che qualche anno prima era stata vaccinata con l'anatossina, fu trovata portatrice del bacillo difterico all'esame batteriologico, presentò una leggera amigdalite con un sottile essudato a tela di ragno, che sparì dopo 24 ore. In questo caso la reazione di Schick fu negativa.

Si tratta quindi di due casi di difterite minima, in cui un soggetto non vaccinato è recettivo, ed un altro vaccinato non è ricettivo con la prova di Schick. Questi fatti non si possono mettere in rapporto con la scarsa virulenza del bacillo difterico, ma è probabile che questi soggetti si difendano con una reazione locale precoce e completa e tale da impedire il riassorbimento dell'antigeno, e per conseguenza, anche la sensibilizzazione e la reazione antitossica generale. Nei due casi riferiti, nell'uno la difesa locale predomina l'infezione e la reazione antitossica è negativa; nell'altro al contrario vi è una debolezza passeggera della difesa locale, ma il soggetto resta protetto dallo stato antitossico umorale provocato dalla vaccinazione specifica.

L. CARUSI.

Gangrena primitiva della faringe.

G. Ceroni (*Valsalva*, n. 9, 1929), ne riferisce un caso, data la scarsa frequenza della malattia. La etiologia della gangrena primitiva della faringe è ancora *sub judice*: alcuni autori ammettono, non essendosi potuto isolare germi specifici, una virulentazione dei comuni agenti infiammatori dovuta a particolari disposizioni morbigene dell'organismo (strapazzi fisici o psichici, perfrigerazione, denutrizione). Pare tuttavia accertato che il bacillo di Löffler sia in queste forme sempre assente.

La gangrena primitiva della faringe è caratterizzata dalla presenza di escare grigio-nerastre ricoprenti ulcerazioni scodellari, che conducono a vaste distruzioni di tessuto, poichè il processo che si inizia generalmente alla tonsilla palatina si estende poi ai pilastri, all'ugola, alla laringe e all'esofago.

La malattia decorre con sintomi generali gravissimi. *Foetor ex ore*, disfagia, rigurgito di liquidi dal naso, fuoriuscita dalla bocca di liquido siero-ematico fetido, offuscamento del sensorio, sopore. La temperatura può essere elevata o subnormale. Il decorso varia da una a tre settimane. Complicazioni sono le embolie settiche, le emorragie mortali per erosione dei grossi vasi, l'edema della glottide.

La diagnosi differenziale con la difterite faringea maligna o necrotica si basa sopratutto sul reperto negativo per il b. di Löffler, sulla mancanza di risentimento ghiandolare al collo e sulla assoluta inefficacia della sieroterapia.

V. A.

Sulla piemia postanginosa.

E. Reye (*Med. Welt*, 13 dicembre 1930) rivendica la priorità dei suoi studi su tale forma morbosa, e riporta le sue statistiche, dalle quali apparisce il progressivo miglioramento della prognosi in rapporto al perfezionarsi delle risorse della terapia.

Questa è fondamentalmente basata sul concetto patogenetico della malattia. Trattandosi cioè, secondo l'A., di una diffusione del processo settico ad altri organi, per la via sanguigna, è giustificato l'intervento chirurgico, consistente da un lato nell'isolamento e legatura della vena giugulare interna e faciale, e dall'altro lato nell'estirpazione della tonsilla.

Dal punto di vista degli agenti morbosi sarebbero da considerare in prima linea quelli anaerobi (streptococco putrido, ecc.), e secondariamente gli streptococchi emolitici.

M. FABERI.

Risultati della tonsillectomia.

Albert Kaiser (*The Journ. of the Amer. Medic. Assoc.*, 20 sett., 1930) ha fatto uno studio comparativo di 2200 bambini tonsillectomizzati confrontati con un numero uguale di controlli tre o dieci anni dopo l'operazione. La metà dei bambini subì la tonsillectomia in età fra i 5 e 6 anni. Un numero uguale di bambini esaminati non furono tonsillectomizzati sebbene l'operazione fosse stata loro consigliata e tutt'e due i gruppi provenienti dalle medesime scuole e dalla stessa classe sociale furono seguiti per dieci anni.

Nei tre anni successivi all'operazione si notò una notevole decrescenza nella frequenza delle malattie di gola, le quali sono più frequenti, ma sempre notevolmente meno che nei non tonsillectomizzati, se si tien conto di un periodo più lungo, cioè di dieci anni. Una notevole diminuzione a prendere « raffreddori » si ha pure nei tonsillectomizzati, considerati tanto per un periodo di tre anni che per un periodo di dieci, ma il beneficio è maggiore nei primi anni che seguono l'operazione. Nei tonsillectomizzati fu pure notata una minore percentuale di bambini che si ammalano di otite media nei primi tre anni, mentre dopo circa dieci anni dall'operazione nei tonsillectomizzati fu notata una percentuale di otitici maggiore che nei controlli. Una notevole riduzione di processi infiammatori delle ghiandole cervicali fu pure ottenuta nei primi tre anni, mentre nessuna differenza si notò tra tonsillectomizzati e non tonsillectomizzati che presentano saltuariamente attacchi febbrili di origine ignota e che si tende ad ammettere come provenienti da infezioni della gola, e ugualmente nessuna differenza fra i due gruppi fu notata nei riguardi della cefalea.

Il morbillo si presenta con frequenza uguale tanto nei tonsillectomizzati che nei non tonsillectomizzati, mentre la difterite e la scarlattina sono meno frequenti fra gli operati.

La tonsillectomia non pare abbia efficacia sugli attacchi ricorrenti di bronchite, anzi sembra predisporre ad essi e lo stesso si può dire per la polmonite. Per quel che riguarda le manifestazioni reumatiche, risulta che la corea si manifesta negli operati da dieci anni con una frequenza doppia che nel gruppo di controllo, ma meno spesso è accompagnata da lesioni cardiache, mentre la febbre reumatica è certamente meno frequente fra gli operati. Però questa diminuzione della febbre reumatica riguarda solo il primo attacco, perchè gli attacchi ricorrenti non sono affatto influenzati dall'operazione. Una diminuzione negli operati si è pure avuta nei riguardi delle lesioni cardiache.

In qualche caso l'insuccesso dell'operazione trova la sua origine nell'estirpazione incompleta delle tonsille. Però i risultati della statistica dell'A. indicano chiaramente che si deve abbandonare la speranza di modificare completamente il bambino operato e di dargli quell'immunità che un tempo si riteneva di potergli dare, sopra tutto perchè si teneva conto di un limitatissimo periodo susseguente all'operazione.

R. LUSENA.

Afte abituali ed infettive.

Col nome di afte o di stomatite aftosa pediatri, internisti, dermatologi descrivono dei quadri morbosi che secondo Flusser (*Münch. med. Woch.*, 29 ag. 1930) vanno distinti almeno in due tipi che nulla hanno a che fare l'uno con l'altro e precisamente: afte infettive e afte abituali. Le prime rappresentano una malattia dell'età infantile, si accompagnano a febbre e fenomeni generali e clinicamente hanno l'aspetto di numerose piccole chiazze rotondeggianti, a limiti netti, coperte da fibrina che prediligono la porzione anteriore della cavità orale. Si accompagnano a fatti di stomatite diffusa con secrezione abbondante e fetida; con frequenza si osservano anche eruzioni cutanee nelle vicinanze (« *Dermatitis fibrinosa faciei* » di Moro o Dermatite aftosa). La stomatite aftosa infantile è fortemente contagiosa e lascia per lo più nei soggetti colpiti un'immunità definitiva.

Le afte abituali al contrario sono caratterizzate da piccole perdite di sostanza che recidivano costantemente, ad intervalli di tempo più o meno lunghi. Sono per lo più uniche, mai molto numerose, e prediligono la piega di passaggio della mucosa delle guance e delle labbra a quella di rivestimento dei mascellari. Si hanno per lo più negli adulti, eccezionalmente nei bambini e non sono contagiose.

Per la pratica è importante il ricordare come nei rari casi in cui le afte abituali cominciano a comparire nell'età infantile per il fatto che si accompagnano a una leggera febbre e a un certo grado di stomatite possono simulare le afte infettive, sino a che il recidivare ed il modificarsi successivo del quadro clinico permettano di rettificare la diagnosi.

Dell'una e dell'altra forma è ignoto l'agente etiologico.

MONACELLI.

TECNICA.

Sulla coltura dal sangue periferico nel kala-azar.

C. G. Gasperini (*Annali d'igiene*, dic. 1930), avendo avuto occasione di osservare alcuni casi di leishmaniosi sia viscerale che cutanea, ha proceduto a delle ricerche colturali sul sangue periferico. Seguendo le indicazioni del Row, egli estraeva, con una pipetta capillare sterile, il sangue da una piccola vena periferica e lo immetteva subito in un tubo sterile da centrifuga, riempito per due terzi di soluzione fisiologica citratata sterile, procedendo poi ad una buona omogeneizzazione. Si centrifugava quindi per 15 minuti a circa 3000 giri. Avvenuta la centrifugazione, con un'altra pipetta capillare si prelevava un po' del sedimento dato dagli elementi figurati del sangue e lo si seminava nell'acqua di condensazione dei tubi contenenti il terreno di Novy-MacNeal-Nicolle. I tubi venivano posti in incubazione alla temperatura di 22°. Al termine di una settimana, si cominciava a notare nei tubi lo sviluppo delle colture, le quali mostrarono l'apparenza dei flagellati soltanto dopo la fine della seconda settimana. Le colture furono positive in tutti e cinque i casi nei quali furono eseguite.

Nel kala-azar l'esame colturale del sangue periferico è quindi un prezioso ausilio per la clinica, potendo per esattezza rivaleggiare con le osservazioni microscopiche del succo splenico, purchè per le colture i prelevamenti del sangue periferico avvengano prima che gli ammalati abbiano intrapreso una qualsiasi cura antimonica.

C. TOSCANO.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Impiego dell'acetato di tallio. — Al dott. B. Mida P.:

Le proprietà epilatorie dell'acetato di tallio sono utilizzate nei bambini per la cura della tigna tricofitica. Il medicamento viene somministrato in una volta sola, in ostia o sciolto in acqua zuccherata, alla dose di 7-9 milligr. per chilogramma di peso corporeo del bambino.

Dopo un paio di settimane, durante le quali abitualmente non si verificano fenomeni degni di nota sul cuoio capelluto, i capelli cominciano a cadere e si lasciano staccare alla più lieve trazione. L'alopecia dura per un paio di mesi circa, dopo di che i capelli ritornano normalmente.

Nei bambini sani il cui peso non superi i 35 chilogrammi, l'uso dell'acetato di tallio in genere non presenta notevoli inconvenienti salvo dopo pochi giorni, e non sempre, qualche dolore articolare specie ai ginocchi ove può aversi anche tumefazione e versamento articolare. Con tutto ciò non mancano esempi di conseguenze gravi e talvolta anche letali e perciò è consigliabile qualche cautela, specie nei soggetti in preda a disendocrinie patenti.

Si sa che l'acetato di tallio non va impiegato nei giovanetti di una certa età e negli adulti: la gravità dei fenomeni tossici ai quali può dar luogo il suo uso nei soggetti già puberi, quando cioè si sono verificate le profonde modificazioni, proprie di quell'epoca della vita, nello sviluppo delle glandole a secrezione interna, le genitali innanzi tutto, confermerebbe l'ipotesi sostenuta da molti che cioè il suo meccanismo di azione sul sistema pilifero si svolga a preferenza attraverso il sistema endocrino.

V. MONTESANO.

VARIA.

Omèro medico. (1)

Con questo titolo il dott. Augusto Botto Micca ha pubblicato uno studio che merita di essere segnalato.

L'autore che, oltre ad essere dottore in medicina e chirurgia, lo è anche in lettere e filosofia, si trova in privilegiate condizioni di cultura per svolgere il lavoro a cui ha atteso con profondità d'intelletto e pazienza da certosino.

L'originalità del lavoro sta nel fatto che egli ha ricercato il materiale del suo esame non nelle traduzioni poetiche più o meno fedeli dei poemi omerici, ma nella traduzione letterale e personale del testo greco.

Per ben mettere in evidenza l'importanza degli accenni medici che si riscontrano nei poemi omerici occorre avere un'idea del valore storico, di tali opere, e quindi mettere a punto la così detta quistione omerica relativa alla personalità di Omero e alla paternità dei due poemi: l'*Iliade* e l'*Odissea*.

Le ipotesi avanzate al riguardo sono molte e l'autore le espone tutte sottoponendole al vaglio di una dotta critica.

Sia giusta o non, per quanto verosimile, la teoria del Wolf che ammette la derivazione dei due poemi da canti popolari preesistenti, e che un compilatore posteriore, Omero, avrebbe raccolti ed ordinati, è certo che l'*Iliade* e l'*Odissea* rappresentano l'espressione viva di un periodo storico.

Le notizie che da Omero si possono apprendere vertono su gli ordinamenti politici e sociali, su i costumi, sul tenore di vita di un'èra (1000 a. C.) che non ha lasciato altre testimonianze, e sulla quale peserebbero tenebre complete se l'*Iliade* e l'*Odissea* non fossero.

Ma ci apprendono anche notizie che si riferiscono in modo speciale al campo medico, di cui i poemi del cieco vate sono una ricca fonte, tanto più preziosa in quanto forniscono dati precisi sulla medicina, rivelano a quale grado di cultura in questa scienza fossero gli uomini d'allora.

Le nozioni anatomiche erano abbastanza precise usando per le stesse regioni gli stessi termini venuti poi in uso con Ippocrate.

La chirurgia, molto elementare, riguarda naturalmente le lesioni traumatiche. Per quel che riguarda le regioni colpite sono di preferenza indicate quelle nel lato anteriore del corpo, e ciò perchè era, questo, segno di valore, mentre l'essere ferito nel tergo significava in genere una lesione riportata durante la fuga, indice di viltà e disonore.

(1) A. Botto-Micca, *Omero medico*. Stabilimento Tipografico G. Agnesotti, Viterbo.

Le regioni maggiormente colpite erano quelle scoperte, come il collo, o poco difese, come la testa, per quanto numerose siano le ferite al torace e all'addome, ricoperti da corazza.

La terapia era molto rudimentale, basandosi essenzialmente nel togliere l'arma dalla ferita, lavare le ferite con acqua e ungerle con unguenti lenitivi. Una sola volta si parla di fasciatura. La disinfezione era assolutamente sconosciuta.

Nel campo della farmacologia i poemi omerici sono tutt'altro che precisi. I rimedi erano esclusivamente vegetali. Le piante da cui venivano estratti, sia a causa del testo poetico, sia a causa della denominazione mutata a tanta distanza di tempo, trovano difficile corrispondenza nell'attuale classificazione botanica.

Dal lato dell'igiene fisica gli uomini descritti da Omero, erano certamente molto progrediti. Essi avevano molta cura del corpo, aggraziato dai molteplici esercizi ginnastici, ma anche sotto l'aspetto della pulizia a mezzo dei numerosi lavacri, cui si sottoponevano nel corso della giornata per diversi motivi.

Per altro gli eroi di Omero sono meno ammirevoli per quel che riguarda la temperanza alimentare. I pasti, e con essi o senza di essi le libazioni, erano esageratamente abbondanti.

Tali le conclusioni del libro che desta ad ogni pagina un vivo interesse. L'arida materia riguardante la medicina è alleggerita da citazioni poetiche e storiche, da riferimenti estetici di cui l'autore, da sicuro padrone della letteratura, infiora tutta la sua opera.

argo.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

S. Saitta. *Prevalenza del torace sull'addome e dell'addome superiore sull'inferiore come fattori predisponenti alle ernie inguinali.* — Tip. S. Bernardino, Siena, 1928.

S. Saitta. *Sull'aumentata resistenza alla stricnica di animali castrati.* — Tip. E. Oliveri, Genova, 1929.

A. Cabras. *L'echinococcosi in Sardegna.* — Tip. Ledda, Cagliari, 1930.

C. Ortali. *L'organoterapia nelle disfunzioni sessuali.* — Ist. Naz. Med. Farm., Roma, 1929.

M. Pennetta. *La percussione a scatto.* — Ind. Edit. Merid., Napoli, 1930.

E. Alfieri. *Due anni di pratica celiotomica nella Clin. Ost. Gin. di Milano.* — Ed. Cogliati, Milano, 1930.

M. Zingale. *Qualche considerazione sulla cura attuale della blenorragia acuta nell'uomo.* — Arghetipografia di Milano, 1930.

G. G. Pontiggia. *La proteinoterapia nella pertosse e nel morbillo.* — Tip. U. Quintily, Roma. 1930.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

CONTROVERSIE GIURIDICHE

VIII. - Concorso - Graduatoria - Titoli militari.

È illegittima la graduatoria se la Commissione, invece di considerare i titoli militari ai soli effetti della preferenza, ne abbia formato una categoria autonoma, tale da influire direttamente sulla valutazione del merito professionale dei concorrenti.

Questo criterio ovvio, risultante dalla decisione del Consiglio di Stato, 30 luglio 1930, n. 517, è talvolta trascurato in pratica.

Bisogna però distinguere la valutazione del titolo militare vero e proprio, il quale non deve influire sul giudizio di merito, dalla valutazione del servizio militare, in quanto corrisponda ad esplicazione di attività sanitaria. Questa è certamente uno degli indici di preparazione e di capacità in rapporto allo scopo del concorso e deve influire sulla formazione del giudizio della Commissione.

IX. - Concorso - Modificazione delle condizioni.

L'avviso del concorso per la nomina del Direttore degli Ospedali Riuniti di Montepulciano comprendeva anche la direzione del *brefotrofio* e *della sezione* maternità e stabiliva che sarebbero state particolarmente considerate le libere docenze in patologia chirurgica ecc. e in ostetricia e ginecologia.

Erano scaduti i termini per la presentazione delle domande quando l'Opera Nazionale per l'assistenza alla maternità e all'infanzia osservò che i requisiti richiesti per la direzione del brefotrofio e della sezione maternità erano in contrasto con tassative disposizioni di legge. L'amministrazione ospedaliera avrebbe potuto revocare l'avviso del concorso e provvedere ex novo; ma preferì di modificarne le condizioni, in armonia con le disposizioni di legge, e stabilire un nuovo termine. La Commissione formò poi la graduatoria e l'amministrazione nominò il primo graduato. Ricorse il secondo, al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale, e dedusse che illegittimamente erano stati prorogati i termini già scaduti ed erano state modificate le condizioni del concorso, specialmente quelle concernenti il valore della libera docenza.

La V Sezione, con decisione 30 dicembre 1930 n. 760, ha respinto il ricorso per considerazioni che è utile riassumere.

« Anche quando si voglia ammettere — dice la decisione — che, a concorso chiuso, non possa parlarsi di proroga di termini, ma di apertura di un nuovo concorso, è tuttavia da riconoscere che entrambe le facoltà erano riservate all'amministrazione e che in ogni caso la proroga del termine e sia pure del concorso nessun pregiudizio arrecò ai diritti soggettivi dei concorrenti che avevano presentato i documenti nel termine stabilito dal primo bando, i quali pertanto non hanno interesse di impugnare il provvedimento. La modificazione delle condizioni del concorso nella parte che riguarda la preferenza che in un primo tempo intendevasi accordare alla libera docenza, è una conseguenza della esclusione dell'obbligo di prestar servizio nel brefotrofio e nella sezione maternità ed essa non importa violazione dei diritti dei concorrenti, sia perchè nessun diritto soggettivo essi acquistano sino a quando il concorso non sia espletato, sia perchè è inesatto affermare che tale modificazione importi un giudizio preventivo sui concorrenti, essendo tale giudizio riservato alla Commissione, la quale poteva, siccome fece, tener conto della libera docenza, senza però accordarle quella speciale considerazione che era prevista solamente nel caso che il vincitore del concorso dovesse eziandio ricoprire il posto del direttore del brefotrofio e della sezione di maternità ».

X. - Concorso - Giudizio della commissione. Illegittimità. Preferenze.

È illegittimo il giudizio della commissione giudicatrice di un concorso, che si fondi sopra elementi non completi, che possano costituire un presupposto di fatto erroneo.

L'invalidità di guerra, alla quale è stata parificata la invalidità per fine nazionale dalla legge 24 dicembre 1925 n. 2275, può costituire titolo di preferenza, a parità di merito, quando risulti accertata e dichiarata in modo definitivo dagli organi competenti e nelle forme volute dalla legge.

In base alle vigenti disposizioni la qualità di invalido è provata con il libretto di pensione privilegiata di guerra, o con l'estratto del libretto medesimo, o col decreto di concessione del Ministero delle Finanze o, infine, con la decisione della Corte dei Conti, che ogni questione in proposito è chiamata definitivamente a risolvere; ma non con la semplice proposta della Commissione medica per le pensioni di guerra, la quale è un semplice parere, che il Ministro può non accettare, e che costituisce, quindi, un elemento dubbio, attinente alla fase preparatoria. (Consiglio di Stato, Sez. V, decisione 21 novembre 1930, numero 649).

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, cons. legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA INFORTUNISTICA

Ancora su le piccole indennità.

Dott. GIACOMO DOMENICHINI, libero docente.

In un mio recente scritto per combattere la proposta di abolizione delle piccole indennità scrivevo: « E ci sono altri che pensano non sia necessario modificare la legge per negare le piccole indennità agli operai infortunati ». Sostengono ciò riferendosi alla teoria per la quale si deve distinguere, allo scopo di valutare le invalidità, la capacità lavorativa fisiologica dalla capacità lavorativa funzionale.

Il Moscotti anzi trattando di invalidità oculari distingue:

acutezza visiva fisiologica, scientifica da acutezza visiva professionale, pratica; aggiungendo che nelle liquidazioni si deve tener conto della acutezza visiva professionale pratica. Ma per far ciò era necessario inquadrare i diversi mestieri in grandi categorie a seconda delle varie esigenze visive.

Ciò fu possibile in Francia, in Germania, in Svizzera ove i mestieri sono divisi in due grandi categorie ad esigenza di acutezza visiva superiore la prima e di acutezza visiva ordinaria la seconda.

Da noi tutto questo non è attuabile, anche al dire dello stesso Moscotti.

Attenendosi al campo oculare il ragionamento riesce più piano. Dicono gli oculisti, seguaci della teoria su ricordata, che il visus fisiologico ed il visus professionale non camminano di pari passo. Si possono, dicono essi, perdere alcuni decimi di visus senza che l'operaio abbia diminuita la capacità lavorativa.

Ma quanti di questi decimi si possono perdere senza danno? Le opinioni nella risposta si dividono: Per alcuni solo due, tre decimi; per altri anche quattro, cinque decimi. Il Moscotti scrive: « .... per molti operai una diminuzione visiva, entro certi limiti (per taluni sino a metà in entrambi gli occhi), non porta affatto diminuzione dell'attitudine lavorativa ».

Come per gli occhi così per gli altri organi. Stando alla suddetta teoria le membra, gli organi ecc. sono professionalmente sani anche se hanno perduto qualche cosa della loro capacità lavorativa fisiologica. Il che vuol dire che il lavoratore per fare il proprio mestiere non abbisogna di tutta la acutezza visiva di cui è fornito l'occhio, non abbisogna di tutta la forza di cui è dotato il braccio, di tutti i delicati movimenti di tutte le dita ecc.

Quindi venendo a perdere ciò che è superfluo alle necessità del lavoro, il lavoratore — si dice — non è danneggiato.

Il perdere rappresenta sempre un danno anche se la perdita è rappresentata da una cosa non necessaria per il momento.

Ciò che oggi pare esuberante nella funzione di un organo, di un arto, ecc. domani può diventare una necessità contingente per un lavoratore. Per cambiamento di mestiere può diventare necessario un grado di forza, di agilità di movimento di membra, di acutezza di vista che prima pareva superflua.

E non solo per cambiamento di mestiere, ma anche semplicemente col passare degli anni. L'età e la fatica col loro incessante logorio possono mettere l'operaio in condizioni di dovere ricorrere alle energie di riserva che la natura provvida gli ha fornito. Adunque l'operaio è danneggiato perdendo ciò che è superiore ai bisogni di oggi.

Mi pare quindi abbia ragione il Lanzillo quando asserisce che la legge prende come misura della capacità lavorativa la servibilità degli organi, la loro astratta funzionalità. Così il danno lavorativo viene risarcito con la valutazione del danno funzionale.

Se non si segue questo indirizzo si va contro il diritto scritto perchè l'art. 95 del Regolamento infortuni prescrive che quando un organo « è reso parzialmente inservibile » la riduzione del salario si determina « in proporzione del grado della funzionalità perduta ».

Funzionalità adunque, non professione.

Alcuni poi dicono che si deve determinare il grado di invalidità dalla diminuzione del salario e sostengono che, quando non si verifica una diminuzione di salario dopo l'infortunio, non ci deve essere indennità.

Per costoro l'infortunio che produce diminuzione di funzionalità dal punto di vista fisiologico di membra, organi ecc. senza conseguente diminuzione di salario deve essere chiuso in franchigia.

Il Borghi, pur professando ed applicando ab antiquo quanto in senso restrittivo altri ha scritto, si insinua tardi come scrittore fra quelli che nelle liquidazioni di reliquati di infortuni, hanno abolito per loro conto le piccole indennità. Due opuscoli recenti contengono requisitorie contro quello che egli chiama lo sperpero del denaro profuso nelle piccole indennità. Perchè egli è convinto che quando l'infortunio — pur cagionando una inabilità — non fa diminuire il salario dell'operaio, sia un'ingiustizia concedere una piccola indennità.

Il Borghi si riferisce agli infortuni agricoli. Ma per questo la quistione sembra superata. Nella legge agricola le piccole inabilità sono trascurate cominciando l'indennizzo per invalidità permanente parziale oltre il 15 %.

Basta una lettura superficiale della legge su gli infortuni agricoli per apprendere che la liquidazione dei reliquati di infortunio viene fatta da un comitato e che le divergenze, che possono sorgere tra lavoratori e assicurazione, vengono definite da commissioni arbitrali ecc. La misura dell'indennizzo varia a seconda del sesso, dell'età, dello stato di famiglia.

Non c'è quindi nè salario, nè sentenze di giudici, nè occorre ministero di avvocati.

Non è perciò inutile ricordare che siamo nell'orbita della legge per gli infortuni industriali e richiamare l'attenzione su l'articolo di legge che suona così: « ... la parte di cui è stata e *può* essere ridotto il salario » e l'articolo del Regolamento « ... il salario *si considera ridotto* nelle proporzioni ecc. ».

Io altre volte richiamai l'attenzione su quel « *può* » della Legge e su « *il salario si considera ridotto* » del Regolamento, parendomi che il legislatore non abbia messo inutilmente quelle parole.

Ho già detto altrove la ragione per la quale il datore di lavoro passa quel tale salario all'operaio ed ho anche riportato il pensiero del Carnelutti.

Ammettiamo che un lavoratore abbia un salario di lire venti perchè quotidianamente riesce a fare, ad esempio, 100 bottiglie. Perde per infortunio l'indice destro e riscuote un'indennità del 20 %. Ritorna al lavoro, ma non può fare che 60 bottiglie. Il padrone lo compensa con 12 lire giornaliere. Adunque l'operaio ha subito un danno del 40 %, ma nessuno lo indennizza per di più di quello che gli spetta per legge. Ed è giusto.

Un altro operaio, che gode dello stesso salario, perde 5 decimi di visus in un occhio e, ritornando a lavorare, fa lo stesso lavoro di prima per quantità e qualità. Riscuote anche l'intero salario.

Si tratta del *forfait* sul quale è basata la legge per cui si può riscuotere un indennizzo inferiore al danno e viceversa.

Supponiamo ora che il primo operaio, spinto dal bisogno, sacrifichi tutte le energie residue e riesca a fare prima 70-80 bottiglie e finalmente il numero che faceva prima di pericolare. Sarà giusto che possa anche riscuotere il salario dell'antinfortunio.

Se fosse diversamente e cioè se si mutilasse — come vorrebbe il Borghi — il salario, a seconda dell'indennità riscossa, il lavoratore non avrebbe stimolo ad assecondare il desiderio di tutti che è quello di aumentare la produzione.

***

Una circolare che ha attinenza con quanto stiamo dicendo fu emanata dall'on. Rava, ministro di agricoltura, industria e commercio, il 5 maggio 1904. È da notare che il Rava aveva assistito a tutte le fasi della preparazione, promulgazione della legge del 1898 ed allo studio e modificazioni del 1904. Egli quindi era il miglior interprete del proprio pensiero e di quello dei suoi collaboratori.

Ecco pertanto la circolare:

« Giova avvertire che affinchè sussista il di-
« ritto dell'operaio alla indennità non occor-
« re che il salario siagli stato effettivamente ri-
« dotto, ma basta che questa riduzione sia
« soltanto potenziale, basta cioè, che le con-
« seguenze dell'infortunio siano tali da poter
« produrre la riduzione del salario. E l'art. 95
« del Regolamento determina i coefficienti di
« riduzione in relazione al grado di quelle in-
« validità permanenti parziali ecc. ecc. ».

Credo che la presente circolare tolga ogni valore agli argomenti di coloro che sostengono doversi attenere nelle liquidazioni al concetto di capacità lavorativa professionale e specie di quelli che affermano che la sola diminuzione di funzionalità di membra, organi ecc. non è sufficiente per dare diritto ad indennità se — dopo l'infortunio — non si verifica la diminuzione di salario.

BIBLIOGRAFIA.

Atti del Congresso oculistico. Rassegna Previdenza, n. 3, 5, 7. Roma, 1921.

Borghi. *Atti del I Convegno di Medicina Sociale.* Milano, 1929.

Id. Società Tipografica Modenese. Modena, 1928 e 1929.

Domenichini. Policlinico, Sez. pratica, n. 47. Roma, 1930.

Id. L'Assistenza sociale, n. 2. Roma, 1930.

Lanzillo. Rivista critica infortuni, n. 2. Milano, 1926.

Legge (testo unico) per gli infortuni degli operai sul lavoro, 31 gennaio 1904.

Moscotti. Rivista critica infortuni, n. 1-6. Milano, 1920.

Rava. Annali del Credito e della Previdenza. Roma, 1904.

Regolamento per l'esecuzione della legge (testo unico), 31 gennaio 1904, n. 51.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BASSIANO (*Roma*). — Stipendio annuo lordo L. 10.500 aument. del decimo quadrienn. per cinque quadrienni consecutivi. Caro-viveri come agli Statali. Assegno di uffic. san. L. 400 annue. Il tutto soggetto alla riduzione del 12 %. Scadenza 15 marzo.

CABRARA. *Municipio*. — Al 28 feb.; 2ª zona; lire 9500 e 5 quinquenni dec., oltre L. 1500 cavalc. e c.-v.; riduz. 12 %; tassa L. 50; serv. entro 20 gg.; doc. a 3 mesi dal 20 gen.

COLLEBEATO (*Brescia*). — Scad. 15 mar.; L. 8800 e 6 quinquenni dec., c.-v., per uff. san. L. 440; tassa L. 50.

COSSOMBRATO (*Alessandria*). — Scad. 15 mar.: con Villa Corsione; L. 6100 e quinquenni dec., oltre L. 440 uff. san., L. 440 cavalc.; età lim. 45 a.; tassa L. 50.

CUNEO. *Amministraz. Provinc.* — Scad. 31 mar.; direttore della Sez. med.-micrograf. del Laborat. provinc. d'igiene e profilassi; L. 12.000 e 5 quadrienni dec., oltre supplem. L. 2500 e indenn. provvis. L. 1200, c.-v.; premio operosità 40 %; riduz. 12 %.

FORZA D'AGRO (*Messina*). — Scad. 15 mar.; lire 7656 oltre L. 1760 cav.

LU MONFERRATO (*Alessandria*). — Scad. 4 apr.: L. 7000 oltre L. 1500 cav.; aumenti di legge.

LURAS (*Sassari*). — Scad. 10 mar.; L. 9500; età lim. 35 a.

OSIDDA (*Nuoro*). — Scad. 1° mar.; L. 10.500 e 5 trienni dec., oltre L. 800 uff. san., L. 1000 arm. farm., L. 1400 serv. att.; età lim. 45 a.

PARMA. *Amministr. Provinc.* — Direttore del Manicomio di Colorno: L. 21.500; 3 trienni e 3 quadrienni decimo; deduz. 12 %; alloggio vuoto per famiglia; scad. 31 marzo.

PAVONE CANAVESE (*Aosta*). — Scad. 30 mar.; lire 9000 e 10 bienni di L. 500, L. 1000 indenn. serv. consorziale, L. 500 trasp., c.-v.; età lim. 35 a.

POVIGLIO (*Reggio Em.*). — Al 30 apr.; L. 7000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 800 indenn. categoria, L. 440-2640 trasp., c.-v., L. 440 ambulat., addizion. L. 4,40 oltre i 1000 pov.; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 1° feb.

ROMA. *Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali*. — Scad. 28 feb.; 15 posti di medico; titoli ed esami; L. 23.000 nette di R. M., detratto 5 % pel trattam. di previdenza e 12 % pel R. D. L. 20 nov. 1930; oltre l'aggiunta di famiglia. Divieto esercizio profess. privato. Età lim. 40 a.; doc. non anter. al 1° dic. Chiedere annunzio alla Direzione Generale (Servizio personale), via Minghetti 17, Roma.

ROMA. *Governatorato*. — Scad. 15 marzo, ore 12,30; 4 posti di medico condotto di 2ª classe; età lim. 35 (40) a.; tassa L. 50; stip. L. 14.400 aumentabili a L. 16.700 in 12 anni, oltre L. 1690 serv. att. e c.-v.; riduz. 12 %. Chiedere bando alla Ripartizione 1ª, Personale.

SIRACUSA. *Congregazione di Carità*. — Per titoli. Medico specialista di Otorinolaringoiatria e Medico specialista di Oculistica, nell'Ospedale Civile Umberto I. Scadenza 31 marzo. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria della Congregazione di Carità.

STIGLIANO (*Matera*). — Scad. ore 12 del 10 mag.; L. 7000 aumentabili; riduz. 12 %; età lim. 40 a.: tassa L. 50,15; doc. a 3 mesi dal 6 feb.

VEDELAGO (*Treviso*). — Stipendio L. 8000. Indennità trasporto L. 2500. Indennità caro-viveri di legge. Documenti di rito. Scadenza 30 aprile. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Municipale.

CONCORSI A PREMI.

Premio Giovanni Giuriati.

È stato istituito dalla Stazione Zoologica di Napoli per l'importo di L. 2000; possono parteciparvi i laureati da non più di tre anni in medicina, chimica o scienze naturali. Istanze non oltre il 31 maggio. Il vincitore dovrà, per almeno tre mesi, occuparsi di ricerche sperimentali nella Stazione Zoologica.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

La Facoltà medica di Pisa ha chiamato, con voto unanime, il prof. Francesco Galdi, della R. Università di Bari, alla Cattedra di Clinica medica — già illustrata dal compianto sen. prof. G. B. Queirolo — a partire dal prossimo anno accademico.

Rallegramenti sentiti all'insigne medico e studioso.

Il prof. Salvatore Sgrosso, aiuto nella R. Clinica oculistica di Napoli, è stato incaricato dell'insegnamento dell'oftalmoiatria nella R. Università di Perugia.

Il dott. Geoffrey B. Fleming è nominato professore di pediatria medica a Glascow (Scozia), in sostituzione del prof. Leonard Findlay, dimissionario.

Il gr. uff. prof. C. Agostini, attuale preside della Facoltà medica della Università di Perugia, è stato, con Sovrano provvedimento, insignito della onorificenza di ufficiale nell'ordine dei SS. Maurizio e Lazzaro. All'illustre scienziato che grandi benemerenze ha acquistato nel campo della profilassi delle malattie mentali e nell'apostolato contro la pellagra e l'alcoolismo in Provincia dell'Umbria, i nostri più cordiali compiacimenti.

NOTIZIE DIVERSE.

6° Congresso internazionale di talassoterapia.

Avrà luogo presso l'Ospedale Marittimo di Berck-Plage (Pas de Calais, Francia) nei giorni 25-27 maggio.

Il tema all'ordine del giorno è: « La talassoterapia nella coxite e nelle sequele ».

Presidente del Congresso è il prof. Sorrel.

Il Comitato Nazionale Italiano, sotto la presidenza onoraria di S. E. Renato Ricci, è costituito come segue: presidente sen. E. Maragliano; membri: V. Ascoli, G. Basile, Bognetti, Casagrandi, sen. Cremonesi, Della Vedova, Delitala, Devoto, Fasiani, Frugoni, Galeazzi, Putti, Rebucci, Riva, Ruata, Saccone; segretario gen.: prof. Giulio Ceresole, via Dalmazia 11, Lido Venezia.

1ª Conferenza europea d'igiene rurale.

Su proposta del governo Spagnuolo, il Consiglio della Società delle Nazioni ha deciso di convocare per il 23 aprile 1931, a Ginevra, una conferenza d'igiene rurale cui saranno invitate tutte le Nazioni di Europa.

Il Comitato d'igiene ha delegato lo studio della questione ad una Commissione, presieduta dal prof. Pittaluga (Spagna) e della quale fanno parte Buchanan, Cairrère, Jitta, Jorge, Lutrario, Velghe.

La Conferenza verrà preparata da una Commissione speciale in collaborazione dell'Istituto Internazionale d'Agricoltura. Quest'ultimo ha delegato a suo rappresentante il prof. V. Puntoni, della R. Università di Roma.

I temi fondamentali che saranno esaminati riguarderanno l'assistenza medica nell'ambiente rurale, il servizio d'igiene pubblico nell'ambiente rurale, il risanamento delle regioni rurali.

Conversazioni mediche vercellesi.

Si sono inaugurate il 31 gennaio a Vercelli, nel salone del Consiglio Provinciale dell'Economia, gentilmente concesso dal Prefetto. Erano presenti e rappresentate le autorità della Provincia e della città ed un numerosissimo stuolo di medici — 300 circa — convenuti da ogni parte della Provincia.

Parlarono l'on. avv. Olmo, presidente dell'Ospedale Maggiore di Vercelli e il dott. Garampazzi, che portò il saluto dei medici di Novara. Poi il prof. Armani tenne una comunicazione su « La funzione dell'Ospedale ». Seguirono altre comunicazioni dei proff. Ponzio, Pietra, Pagani, Bacialli, Barco e Artom. Altre comunicazioni vennero rimandate alle prossime adunanze.

Statistica delle encefaliti nell'infanzia.

I relatori per il prossimo Congresso it. di Pediatria sulle « encefaliti nell'infanzia » hanno creduto opportuno ed utile di raccogliere una statistica sulla frequenza e diffusione durante l'ultimo trentennio nelle varie regioni d'Italia, delle encefaliti acute sia epidemiche che sporadiche in bambini al di sotto del dodicesimo anno.

Allo scopo che tale statistica risulti il più possibile completa, essi si rivolgono a tutti i medici italiani affinchè vogliano succintamente segnalare i casi di loro personale osservazione, con alcune indicazioni schematiche, quali: anno, città o paese di residenza del malato, età, sesso, brevissima enunciazione dei sintomi principali e diagnosi probabile, esito, eventuale autopsia, contemporaneità eventuale di encefaliti di tipo epidemico in adulti, insorgenza in connessione con un'altra infezione acuta (pertosse, morbillo, varicella, scarlattina, parotite, influenza, tifo, vaccinazione jenneriana, ecc.) ed intervallo di tempo intercorso tra le due malattie.

Se il caso è già stato oggetto di pubblicazione, possibilmente inviare il lavoro, o almeno l'indicazione bibliografica.

Si prega di inviare le indicazioni con cortese sollecitudine al prof. Giovanni De Toni (R. Clinica Pediatrica, Ospedale Gozzadini, Bologna), che ringrazia anticipatamente i colleghi che vorranno dare il loro prezioso contributo.

2° Corso di perfezionamento medico a Locarno.

Si svolgerà — a cura della Fondazione Tomarkin di New York, Branca Europea — dal 14 al 28 aprile.

Saranno tenute 61 conferenze, dai proff.: E. Abderhalden, H. Alexander, L. Asher, E. Bertarelli, F. Blumenthal, K. Brauer, T. Brugsch, E. Bürgi, A. Calmette, A. Dustin, G. Elkeles, H. Guggisberg, J. Jadassohn, A. von Koranyi, R. Leriche, C. Levaditi, F. Neufeld, W. Neumann, P. Vallery-Radot, L. M. Pauthier, C. Pezzi, E. P. Pick, F. de Quervain, C. Regaud, F. Silberstein, G. Sobernheim, A. Tschirch, P. Uhlenhuth, R. van den Velden, W. Weichardt, M. Weinberg.

Verranno usate le lingue: tedesca, francese ed italiana.

Durante il corso si organizzeranno alcune escursioni. Sono stabilite facilitazioni varie e tariffe ridotte negli alberghi. La tassa d'iscrizione è di 50 franchi svizzeri. Chiedere il programma alla Segreteria della Fondazione Tomarkin, Casella Postale 128, Locarno, Svizzera.

Corso universitario d'igiene scolastica in Genova.

Anche quest'anno il Ministero dell'educazione nazionale ha autorizzato un corso mensile d'Igiene Scolastica per non più di 20 dottori in medicina e chirurgia.

Esso sarà tenuto dal 13 aprile al 13 maggio presso l'Istituto d'Igiene della R. Università, via Bertani 5.

Le iscrizioni si ricevono nel detto Istituto.

Corso teorico-pratico di talassoterapia.

Presso l'Ospedale al Mare di Lido-Venezia dal 3 al 10 maggio prossimo avrà luogo un corso teorico-pratico di talassoterapia per medici, studenti e sorveglianti di spiaggia.

Tassa d'iscrizione L. 50. L'Ospedale al Mare mette a disposizione trenta posti di pensionato (vitto e alloggio) al prezzo di lire 20 al giorno complessive.

Per schiarimenti e per iscriversi rivolgersi al prof. Giulio Ceresole, direttore del Centro di Cultura e Studi talassoterapici, via Dalmazia 11, Lido Venezia.

Istituto interuniversitario italiano.

Si è tenuta l'assemblea generale dell'Istituto, sotto la presidenza del sen. Gentile. Il ministro

dell'educazione nazionale ha preso parte a tutti i lavori. Il presidente ha riferito intorno all'ultimo triennio di attività ed ha fissato il programma per l'avvenire, in cui verrà allargata l'orbita d'azione e di penetrazione scientifica e divulgativa dell'Istituto, nei riguardi dei popoli stranieri, e verrà rinsaldata la compagine economica e la potenzialità di direttiva dell'Istituto stesso.

Ateneo di clinica medica a Buenos Aires.

Si è costituito il 30 dicembre, in seno alla Clinica medica diretta dal prof. Pedro Escudero. Ne fa parte tutto il personale medico e tecnico della Clinica.

Nella riunione il prof. Escudero spiegò le finalità culturali dell'istituzione, che ha lo scopo di prospettare e discutere i problemi più importanti, aggiornandoli e lumeggiandoli. Venne approvato il regolamento, che consta di 7 articoli e che è pubblicato in « Semana Médica » del 15 gen. 1931.

La prima sessione avrà luogo l'11 aprile, sotto la presidenza di turno del prof. Ernesto V. Merlo.

Segretario annuale è stato eletto, ad unanimità. il dott. Félix Puchulu.

I rettori universitari appartenenti a Facoltà mediche.

Dal periodico « L'Università Italiana » (febbraio 1931) si desume che 12 rettori delle 20 nostre Università regie appartengono alle Facoltà mediche, e cioè: G. Mariani (di clinica dermosifilop. a Bari), R. Binaghi (di clin. chirur. a Cagliari), G. Muscatello (di clin. chir. a Catania), B. De Vecchi (di anat. pat. a Firenze), on. G. Vinci (di materia med. a Messina), F. Livini (di anat. um. norm. a Milano), P. Colombini di clin. dermosifilopat. a Modena), L. Preti (di patol. med. a Parma), L. Dominici (di clin. chirurg. a Perugia), O. Rossi (di clin. neuropsich. a Pavia), C. Vercesi (di clin. ostetr. a Sassari), B. Lunghetti (di anat. pat. a Siena). Inoltre due rettori professano insegnamenti nelle Facoltà mediche: A. Ghigi (di zoologia a Bologna) e F. Zambonini (di chimica a Napoli).

Sono di nuova nomina: Ghigi, De Vecchi, Livini, Zambonini, Preti, Dominici, Vercesi.

Commemorazione popolare di Guido Baccelli.

Il XXI Aprile — Natalizio di Roma e Festa Nazionale del Lavoro — verrà inaugurato in Roma. a piazza Salerno, il monumento che l'Urbe volle innalzare al suo grande figlio Guido Baccelli.

Perchè — in attesa del marmo onorario — Roma ricordi bene chi fu Guido Baccelli, l'« Unione Storia ed Arte », — per iniziativa di Romolo Artioli, suo presidente, che fu costitutore e segretario generale del Comitato per le onoranze al Baccelli — il 15 corr. ha tenuto una solenne commemorazione popolare dell'insigne uomo. Essa si è svolta nella magnifica Sala Borromini, concessa dal Governatore affinchè la manifestazione riuscisse degna anche per l'ambiente. Il discorso ufficiale è stato pronunziato dal prof. Giuseppe Brucchietti, Preside del R. Liceo E. Q. Visconti, che del Baccelli fu intimo.

Pei servizi igienico-sanitari nel Governatorato di Roma.

Sotto la presidenza del Governatore di Roma, principe Ludovisi Boncompagni, si è adunata la Commissione Sanitaria del Governatorato, che, dopo avere udito una relazione fatta dal direttore dell'Ufficio d'Igiene e Sanità, prof. Pecori, ha deciso di istituire due nuove condotte mediche urbane, nei quartieri di Centocelle e Garbatella, la seconda delle quali provvederà anche ad una zona del quartiere Ostiense; ha deciso inoltre, in esito a numerosi accertamenti, di elevare dal 3,0 al 3,2 % il titolo minimo di grasso per il latte in vendita, così da rendere più difficile la frode dello sgrassamento.

L'emblema della lotta contro la tubercolosi.

Una circolare del Ministero dell'Interno ai Prefetti ricorda come l'uso dell'emblema per la lotta contro la tubercolosi (doppia croce rossa) sia consentito alle sole associazioni ed enti regolarmente riconosciuti, e che i contravventori a tali disposizioni sono puniti con l'ammenda da L. 500 a L. 10.000.

Il Ministero ha finora autorizzato l'uso di detto emblema ai sensi dell'art. 3 della legge 6 dicembre 1928, n. 3038:

1) all'Istituto « Benito Mussolini », Clinica della tubercolosi e dell'apparato respiratorio in Roma;

2) alla Società Veneziana contro la tubercolosi in Venezia;

3) al Sanatorio « Agnelli » in Torino;

4) alla Federazione Nazionale Italiana Fascista per la lotta contro la tubercolosi.

È stata inoltre ratificata la facoltà di uso dell'emblema ai Consorzi antitubercolari e agli istituti consorziali e dipendenti che esercitino opera effettivamente di assistenza ai tubercolosi.

Centri sanitari a New York.

La città di New York ha stanziato un milione di dollari, pari a 19 milioni di lire it., per stabilire i primi 4 centri sanitari su 16 progettati. Hanno lo scopo di fornire un servizio sanitario completo a ogni distretto (50.000-100.000 persone).

Nella stampa sanitaria.

Col 1931 « Il Medico Italiano » viene continuato e sostituito dalla « Rivista dell'Accademia Medica Lombarda », a periodicità mensile e che integra gli Atti della stessa Accademia. La direzione e la redazione hanno sede in via Giulini 2, Milano.

Cineteca medica.

Londra possiede una interessante cinematica medica. La grande importanza della cinematografia nell'educazione medica è stata riconosciuta presto in Inghilterra e già 25 anni fa al West London Hospital si facevano le films delle operazioni chirurgiche. Da allora gli apparecchi e la tecnica sono stati progressivamente migliorati e si è potuto raccogliere una grande varietà di soggetti. La « Kodack library » medica racchiude 60 buoni films fatti in Inghilterra o in altri paesi. Essi sono classificati sotto titoli vari: anatomici. chirurgici, ostetrici, neurologici, fisiologici, dentari, veterinari, ecc., e sono commentati da amministratori e professori.

(Da « Bioch. e Ter. Sper. », n. 12, 1930).

Aviazione sanitaria.

Alla 12ª Mostra di Aeronautica, tenutasi a Parigi nello scorso dicembre, figuravano parecchi aeroplani sanitari, ottimamente attrezzati.

A cura della Società « Amis de l'Aviation sanitaire », era stato allestito uno *stand* speciale. Altri apparecchi erano collocati negli *stands* delle Case Blériot, Potez e « Société Provençale de constructions aéronautiques ».

Crociera di "Bruxelles-Médical„ alle regioni artiche.

Avrà luogo dal 12 luglio al 6 agosto sul piroscafo di gran lusso « Foucauld », che stazza 15.000 tonnellate, misura 152 metri di lunghezza ed è entrato in servizio l'anno scorso. Toccherà le coste della Norvegia (con visita ad alcuni Fiordi), le isole Lofoti, il Capo Nord, la Lapponia, lo Spitzberg — ove potranno essere visitati gli accampamenti di Andrée, Nansen e Nobile — e la banchisa, con ritorno per Jan Mayen, le Fär Öer e la Scozia; sono previsti 21 scali. Porto di partenza e di ritorno: Zeebrugge.

Prezzo per dottori in medicina, loro mogli e figli, in prima classe, da fr. francesi 4500 in sopra a persona; in seconda classe, da fr. francesi 1975 in sopra. Persone estranee alla classe medica saranno ammesse su raccomandazione scritta del loro medico di famiglia, ad una tariffa superiore.

Saranno organizzate escursioni facoltative in Norvegia e Scozia, al prezzo globale *à forfait* di fr. francesi 895.

Rivolgersi, al più presto possibile, a « Bruxelles-Médical » (rue Beilliard 145, Bruxelles), che manderà a richiesta un opuscolo contenente tutte le informazioni e una carta geografica del viaggio.

Una risorsa della " Mezza Luna Rossa „.

La vendita di carte da gioco e di acqua minerale di Afion Kara-Hisar costituisce un cespite importante d'introiti per la « Mezza Luna Rossa » che — notoriamente — ha in Turchia i compiti della nostra Croce Rossa.

In seguito all'incremento della vendita, è stato ora deciso di stabilire un deposito centrale di vendita all'ingrosso, in Stambul.

Incendio di un Ospedale.

Nell'Ospedale di San Marcello Pistoiese si è sviluppato un incendio, provocato dalla rottura di un tubo di stufa. Militi e pubblica assistenza, subito accorsi, domarono il fuoco, mentre si effettuava il trasporto dei malati in sale non minacciate.

Cerimonia patriottica.

Nell'Ospedale Provinciale di S. Maria della Pietà per Malattie Mentali in Roma ha avuto luogo, con molta solennità, lo scoprimento di una lapide dedicata ai funzionari ed al personale salariato dell'Istituto, caduti nella grande Guerra.

Concorso di sanità infantile.

La Sezione milanese dell'Associazione nazionale fra mutilati e invalidi di guerra ha bandito un concorso di sanità infantile, che si è svolto al Teatro Dal Verme, nei giorni 8 e 12 febbraio; vi hanno partecipato più di 1500 bambini. La giuria, che comprendeva molte illustrazioni della medicina, si è dovuta dividere in sei commissioni, per espletare l'ingente lavoro; esse erano presiedute dai proff. Alfieri, Armuzzi, Besta, Pestalozza, Repaci e Taccone.

Anniversario di laurea.

I colleghi laureati a Padova nel 1906 che desiderino partecipare alla riunione per il venticinquennio, in un giorno del prossimo giugno da destinarsi, sono pregati inviare la loro adesione al dott. G. Tanfani, Casella Postale 27, Padova.

Vittima dei raggi Roentgen.

È morto, in età di 70 anni, a Tratenau (Czecoslovacchia), il prof. Joseph Meyer, radiologo della prima ora dell'epoca roentgenologica. Una radiodermite, iniziatasi alla mano destra e operata a parecchie riprese, ha finito per essere la causa determinante della morte.

Una via intitolata a Sicard.

Il nome del compianto dott. Jean Sicard verrà assegnato ad una via progettata a Parigi in vicinanza della porta di Versailles, tra il boulevard Lefebore e l'avenue Albert Bartholomé.

Beatificazione di un medico.

I resti mortali del prof. Giuseppe Moscati, morto a Napoli il 12 aprile 1927, sono stati riesumati con grande pompa religiosa e messi in deposito canonico nella chiesa del Gesù Nuovo, ove sarà istruito un processo di beatificazione.

Il prof. Moscati, medico di valore e cattolico fervente, era noto per la sua straordinaria forza d'intuizione: egli dava, a colpo sicuro, delle diagnosi estemporanee, che sorprendevano medici e profani per l'esattezza. Il giorno della sua morte, incontrato un amico per la strada, gli disse: Venite più tardi a tener compagnia a mia sorella, perchè io morrò certamente oggi stesso.

Fin'ora sembrava che la carriera del medico potesse concludersi in questo mondo; ma si aprono nuove prospettive: conquistare un posto degno anche nella quietudine dell'al-di-là.

Un medico campione di scacchi.

Il campionato nazionale di scacchi nella Spagna è stato assegnato al dott. Ramón Rey Ardid, specialista per le malattie nervose e mentali a Saragozza.

Falso medico.

È stato arrestato a Napoli il sig. Vincenzo Granizio, già studente in medicina e che si era autopromosso medico e professore. Egli aveva aperto un gabinetto medico ginecologico, frequentato da un'ottima clientela, teneva molte conferenze pubbliche, prendeva parte a consulti con medici eminenti; aveva eseguito interventi operativi delicati. L'attenzione dei RR. Carabinieri venne attratta su di lui, in seguito al rilascio di numerose ricette di stupefacenti.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., ott. — A. M. ORNSTEEN. Sindrome di sclerosi laterale amiotrofica nell'encefalite epidemica. — C. P. WAGNER. Meccanismo della narcolessia.

Minerva Med., 20 ott. — C. CIPRIANI e G. I. DOGLIOTTI. Cloremia e ricambio del cloro in varie condizioni morbose.

Chir. d. Org. del Movim., ott. — R. ZANOLI. Scoliosi e mieliti da compressione. — D. SOLI. Lesioni traumatiche del polso. — E. PASQUALI. Localizzazione ossea dell'echinococco.

Presse Méd., 15 ott. — P. RAVAUT. Intra-epidemo-reazione dell'ulcera molle.

Journ. A. M. A., 4 ott. — C. C. BASS. Trattam. della malaria. — J. E. ANDERSON. Psicologia infantile.

Gazz. d. Osp. e Cl., 12 ott. — F. BOTTAZZI Fisiologia del lavoro muscol.

Accad. Med., 15 ott. — F. P. BERRETTA. Insufficenza epatica nella febbre tifoide.

Medicina, ott. — J. GRINDA SAAVEDA. Diagnosi differenz. dell'appendicite.

Jorn. dos Clinicos, 30 sett. — M. BERND. Actinoterapia e i suoi equivalenti.

Mediz. Welt, 18 ott. — F. REICHE. Modificazioni del quadro nelle epidemie difteriche e diatesi emorrag. consecut. — J. MAGAT. Resistenza e immunità nella tbc. sperimeut.

Deut. Med. Woch., 17 ott. — UHLENHUTH, BERGHAUS. Immunizzaz. contro la tbc.

Arch. Mal. App. Dig. ecc., ott. — J.-D. KLIMENKO. Modificazioni di forma, posizione e tonicità dello stom. sotto l'influenza della dieta. — I. PAVEL e al. Epatografia. — R. DECHIEUS. Infezione delle vie biliari da lamblie.

Brit. Med. Journ., 18 ott. — W. J. MAYO. Il simpatico.

Lancet, 18 ott. — R. A. YOUNG. Lo stetoscopio. — E. HINDLE. Trasmiss. della febbre gialla.

Münch. Med. Woch., 17 ott. — HOCHREIN. Trombosi delle coronarie. — v. ZARDAY. Disturbi circolatori nella pinguedine.

Nederl. Tijdsch. v. Geneesk., 18 ott. — J. L. B. HENGELHARD. Disturbi mestruali.

Arch. di Ost. e Gin., ott. — SODANO. Diagn. prenatale di sesso.

Paris Méd., 18 ott. — Numero sulle malattie dei reni e delle vie urin.

Arch. Roum. de Path. expér. ecc., giu. — D. COMIESCO e al. Sostanze solubili specifiche dei bacilli del gruppo salmonelle. — CIUCA e al. Immunità nella malaria sperim.

Journal A. M. A., 11 ott. — E. STARR JUDD e J. M. MARSHALL. Calcoli nell'ampolla di Vater. — R. L. PAYNE. Milza e ittero. — L. M. WARFIELD. Ipotiroidismo.

Giorn. del Med. Prat., sett. — A. SALOTTI. Cieco mobile.

Riv. San. Sicil., 15 ott. — F. TALLO e B. ALBANESE. Adulterazioni del latte e del burro alla luce di Wood.

Assistenza Soc., lug.-ag. — E. FIORETTI. Malaria infortunio.

Clínica, ott. — B. SÁENZ. Sul prurito.

Butlletí Soc. Catalana de Pediatria, 2. — M. TORELLÓ CENDRA e J. CLUER GARCIA. Tecnica del pneumotorace nel lattente.

Surg., Gyn. a. Obst., ott. — H. C. MACK. Reaz. di Aschheim-Zondeck in gravid. — E. STARR JUDY. L'arte della chirurgia. — L. E. PHANEUF Sarcoma della cervice.

Acta Dermato-Vener., sett. — G. RIEHL. Ulcera peptica negli ustionati. — B. J. KAPLUN e J. M. MORENINS. Sensibilizzaz. verso il salvarsan.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 19 ott. — A. CLERICI. Cura dell'anemia pernic. col tessuto di stomaco.

Arch. Méd. Belges, ott. — W. PROOT. L'arma chimica.

Pathologica, 15 ott. — P. VERGA. Formazione pseudocistica della dura madre cerebrale. — G. GUASSARDO. Riproduz. sperim. della poliomielite anter. acuta. — C. BARTOLI. Infiltrati cellulari in surrenali di individui sani.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 ott. — Numero sulle malattie del polmone.

Sang, 5. — C. ACHARD e M. ENACHESCO. Ripartiz. del cloro nel sangue. — C. GREGOIRE. Emofagia stafilococcica di L. Müller.

Deut. Med. Woch., 24 ott. — SCHOTTMÜLLER. Infezione da Bang. — BOENHEIME, HERMANN. Cachessia ipofisaria.

Med. Welt, 25 ott. — E. HOFMANN. Gonorrea infantile. — HOFF. Il quadro ematico.

Giorn. Med. Alto Adige, sett. — R. PECCO. Tiroide e glicemia.

Ars Medica, sett. — L. TRÍAS DE BES. Forme aritmiche della neurotonia cardiaca.

Marseille Méd., 5 giu. — A. RAYBAUD. Reazioni di Henry nella malaria.

Arch. It. di Urol., ott. — R. RINALDI. Ematurie essenziali. — A. ROMANI. Tumori pararenali.

Morgagni, 26 ott. — R. DE NUNNO. Agglutinine e sistema reticolo-endot.

Prensa Méd. Argent., 30 sett. — H. ROFFO. Lipoidi e sviluppo dei tumori.

Arch. di Ortop., 30 sett. — A. ALBANESE. L'ipofisi nella patogenesi della cifosi dorsale giovanile. — R. MARZIANI. Lussaz. della rotula. — G. POZZI. Spondilo-artrite tifica.

Riv. It. di Ginec., sett. — E. CRISPOLTI. Colesterina fetale e tbc. materna. — T. CUIZZA. Diagn. precoce del carcinoma del collo dell'utero.

Soc. d. Hôp., 20 ott. — C. LIAN. Sincopi d'origine vaso-motorio. — M. LOEPER e A. LEMAIRE. Inoculaz. di sangue e d'urina di malati di morbo di Hodgkin.

Ann. Inst. Pasteur, ott. — L. NÈGRE e BOQUET. Proprietà dell'antigene metilico. — M. MARULLAZ. Sull'eziologia dei tumori.

Journ. d. Prat., 25 ott. — C. ACHARD. Malattia da siero.

Rev. Sud-Amér. de Méd. ecc., sett. — P. ESCUDERO. Malattie della nutriz. da disarmonia. — M. GASTEIRA. La malaria nel fanciullo.

Rev. Méd. de Barcelona, sett. — A. SUBIRANA e J. GUILLAUME. Inizio clinico brusco dei tumori cerebrali.

Scalpel, 25 ott. — P. BAILLIART. Disturbi oculari da ipertens. arteriosa.

Bull. Méd., 25 ott. — Numero di oftalmologia.

Ann. di Ost. e Ginec., 31 ott. — G. MOTTA. Correlazioni endocrino-genitali. — A. TURCO. Cura cruenta delle retrodeviazioni uterine.

Rass. Internaz. di Clin. e Ter., sett. — F. ZACCO. Sieroterapia delle anemie post-malariche. — V. CADORE. Tumori mammari nell'uomo.

Revue Neurol., ott. — SOUQUES e al. Sindrome di Benedict.

Münch. Med. Woch., 24 ott. — SAUERBRUCH. HERRMANNSDORFER e al. Dietoterapia della tbc. —

Schoen. Disturbi del ricambio gassoso nella pneumoconiosi.

Tohoku Journ. exper. Med., 7 ott. — S. Sunami. Autoemolisi sperimentale. — S. Hotta. Riassorbimento parenterale del grasso. — S. Katsura. Azioni biologiche dei raggi X.

Gaz. d. Hôp., 22 ott. — H. Hartmann. Per ottenere buoni risultati post-operatori dalla gastroenterostomia.

Brit. Med. Journ., 25 ott. — G. S. Wilson. Diagn. della febbre ondulante.

Med. Klinik, 24 ott. — F. Bernstein. Ereditarietà e natura del cancro.

Lattante, nov. — M. Faberi. Formula leucocitaria nel neonato.

Riv. di Malariologia, lug.-ag. — R. Gosio. Influenza del trattam. chininico preventivo sullo sviluppo della malaria indotta. — G. Lega. Valore diagnost. del segno di Pagniello. — E. Tamalet. Malaria e litiasi biliare. — M. Torrioli. Nefrite malarica. — L.-C. Soula e A. Radji. Opoterapia splenica nella malaria.

Difesa Sociale, lug. — Di Mattei. Medicina sportiva e medici sportivi.

Revue de Droit Pénal et de Criminol., ag.-ott. — H. Baeckert. Delitto di contaminazione venerea.

Endocrinologia e Patol. costituz., ott. — E. Graffi. Proporzioni corporee e caratteri somatici in un gruppo di studentesse. — C. Fittipaldi, V. Ghiron. Eunucoidismo. — M. Levi. Ermafroditismo.

Riv. di Patol. e Cl. della Tuberc., 31 ott. — A. Longo. Pleuriti pneumotoraciche. — M. Belli. Alcoolizzazione dei nervi intercostali nella cura della tbc. polm. — T. Crippa. Calcioterapia prolungata.

Rif. Med., 27 ott. — L. Villa e P. Introzzi. Indagine della funzionalità renale a mezzo dell'uroselectan. — T. De Sanctis-Monaldi. Etiologia della sclerosi a placche.

Bull. Ac. de Méd., 21 ott. — G. Lion e L. K. Kléman. Neoplasmi dello stomaco guariti con la radioterapia profonda.

Arch. Mal. des Reins ecc., ott. — F. Busser. Tumori epiteliali del rene nell'adulto.

Riv. di Cl. Pediatr., nov. — V. Nava. Avitaminosi sperimentali D ed A. — P. Mazziotti. Profilassi del morbillo col siero norm. di cavallo.

Arch. It. di Anat. e Istol. Patolog., lug.-ag. — R. Reitano. La « cosidetta » malattia di Still. — G. Jurgey. Mixoglobulosi dell'appendice vermiforme. — N. V. Bedarida. Arterite e flebite produttive nella gangrena giovanile. — F. Rocchi. Pigmento malarico e reazioni di Henry.

Arch. Sch.- u. Tr.-Hyg., nov. — B. Niessenbaum. Thrombosis venae portis et lienalis in seguito a malaria cron.

Deut. Med. Woch., 31 ott. — R. Kraus, Calmette. Sul vaccino B C G. — Böttner. Automassaggio vascolare e profilassi della trombosi.

Indice alfabetico per materie.

V. Ascoli, Red. capo. A. Pozzi, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXVIII Roma, 2 Marzo 1931 - IX Num. 9

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

Quale deve essere la formula della così detta soluzione «Lebenrettende» perchè sia realmente proficua.

Prof. BENEDETTO SCHIASSI - Bologna.

È opinione anche oggi (1931) diffusa presso un gran numero di medici che il così detto « Siero fisiologico » sia quello rappresentato dalla soluzione al 0,75% di cloruro di sodio che già il Kronecher ebbe a designare con « Lebenrettende », *salvatrice* cioè della vita.

In altro tempo ebbi occasione di far rilevare che era necessario rettificare questa opinione specialmente perchè la introduzione di così fatto liquido nell'organismo di un uomo in condizioni gravi poteva determinare effetti esiziali; e dicevo: se ad un traumatizzato in preda ad accentuata adinamia, se ad un operato che abbia subìto un grave intervento, se ad un tossiemico per infezione originatasi ed evoltentesi in qualsiasi parte dell'organismo, se ad un ferito in perdita molto copiosa di sangue si pratica una ipodermoclisi od una fleboclisi di cinque o seicento cmc. di soluzione clorosodica al 0.75 %, mentre in un primo tempo si può assistere ad un miglioramento delle condizioni del polso, a qualche segno di maggiore vivezza del sensorio, ad accenni ad una diuresi più abbondante, ben presto sopravviene una seconda fase in cui l'infermo perde rapidamente la vita con fatti di progressivo collasso. Il medico allora nel considerare le cause del decesso ravvisa per lo più nel fatto morboso originario il fattore esclusivo, e non tien conto che la soluzione sodica iniettata, invece di « salvare la vita », come vorrebbe significare la designazione « Lebenrettende », può essere intervenuta ad affrettare la fine del paziente.

Come e perchè?

Il Kronecher nell'immaginare la sua soluzione aveva considerato solo l'elemento meccanico ed idraulico, cioè solo la necessità di stabilire la *massa liquida* circolante, in quanto che, ove la massa stessa discenda sotto un certo limite, la circolazione si deprime e si arresta.

Ma l'argomento non doveva essere considerato solo dal punto di vista meccanico ed idraulico, come fece il Kronecker, bensì anche da quello *chimico* e *biologico*. L'idea del Kronecker di restituire all'organismo il suo patri-

monio idrico sarebbe stata fruttuosa se l'acqua con la sola aggiunta del cloruro sodico, fosse sufficiente a mantenere nella intimità dei tessuti la normale od approssimativa intensità del metabolismo vitale. Ma ciò non è, in quanto che, mentre i componenti preponderanti del plasma sanguigno sono l'acqua ed il cloruro di sodio, parecchi altri sali si trovano nel siero a funzioni chimico-fisiche essenziali.

È noto in fisiologia sperimentale che se si istituisce una irrigazione artificiale nel cuore di un animale a sangue caldo adoperando una soluzione di cloruro di sodio a 0,75 %, l'attività del viscere in breve vien meno (arresto in diastole) perchè il cloruro di sodio è insufficiente a mantenere la vita dei protoplasmi e specialmente quella del miocardio e del sistema nervoso.

Il cloruro di sodio però è tale sostanza ch'è indispensabile alla vita, perchè mantiene disciolte le sostanze proteiche nel plasma sanguigno, dà a questo la tensione osmotica necessaria per il ricambio normale fra il plasma e gli elementi anatomici, e prende parte inoltre alla genesi della riserva alcalina così necessaria per mantenere costante l'equilibrio acido-basico degli umori. Dei composti di sodio certamente i più importanti sono il carbonato ed il cloruro, sempre presenti nell'organismo; ma perchè le proprietà dei sali di sodio possano avere il loro svolgimento normale è indispensabile che siano presenti anche appropriate quantità di calcio e di potassio, altrimenti il sale di sodio riesce *nocivo* nel senso accennato.

La prova sicura di ciò si ricava effettuando sul cuore un esperimento analogo a quello mentovato, cioè col far circolare nel viscere una soluzione clorosodica contenente anche quantità convenienti di sali di calcio e di potassio. Allora il cuore, invece di arrestarsi in breve, mantiene il suo potere contrattile per lunghe ore: donde sono state adottate in fisiologia sperimentale le soluzioni del Ringer e del Locke che per l'appunto contengono associati i cationi calcio-potassio-sodio.

Conviene tener presente che il calcio è una delle sostanze più importanti dell'economia in quanto contribuisce al mantenimento delle proprietà fisiologiche dei tessuti viventi; ma perchè possa compiere il suo ufficio utilmente, è necessario che non si trovi in presenza di *soverchie* quantità di cloruro di sodio, giacchè questo sale in eccesso è capace di sottrarre il calcio ai tessuti e quindi dar luogo a fatti d'inibizione protoplasmatica ad effetti più o meno accentuati a seconda del grado di disequilibrio calcio-sodico e della dignità funzionale del tessuto privato di calcio.

Sono particolarmente significative le importantissime ricerche di I. Novi su quanto può avvenire nel tessuto nervoso quando, per opera del cloruro di sodio, si determinino gli spostamenti di calcio. Questo autorevole scienziato ha potuto accertare che il cloruro di sodio, anche in soluzione fisiologica, è atto ad allontanare persino il 50 % di calcio: dimostrazione questa esauriente per intendere come le copiose infusioni clorosodiche possano avere per effetto fatti nervosi fortemente depressivi, dal momento che il calcio non può più esercitare su questo tessuto la sua azione tonica.

Specialmente all'allontanamento del calcio dal *sistema nervoso* credo che si debbano attribuire i fenomeni di aggravamento che sopravvengono nei malati quando siano largamente perfusi con la soluzione clorosodica al 0,75 %.

Cotali fenomeni di depressione non possono riuscire di grande intensità, e molto evidenti, nei malati poco gravi, perchè la soglia di resistenza alle spogliazioni di calcio è nell'uomo molto ampia e quindi, chi non è molto debilitato, può essere privato di questo ione senza patimento evidentemente apprezzabile. Questa può essere una delle ragioni per la quale negli ospedali e nella pratica privata si vennero apprestando da tantissimi medici, forse con troppa larghezza, ben numerose ipodermoclisi con liquido e contenuto unicamente sodico, come quello del Kronecker, senza che siano stati avvertiti effetti marcatamente nocivi; ma nei malati *gravi* coteste infusioni sono certo di grande nocumento, anzi esiziali, anche perchè la privazione del calcio è sentita sfavorevolmente, oltre che dal tessuto nervoso, da tutti gli altri tessuti dell'intera economia.

***

Ora giacchè le cose di una certa importanza, come disse il Saggio, bisogna richiamarle più volte, mi sembra giusto ricordare a quei colleghi che non avessero rivolta una sufficiente attenzione a questo argomento, che, ove si voglia approfittare dei grandi vantaggi che può dare l'ipodermoclisi o la fleboclisi, è necessario guardarsi bene dal propinare la soluzione clorosodica *pura*: bisogna che non si ammettano più oltre a far parte dei mezzi di pronto soccorso i liquidi così detti « fisiologici » al 0,75 % di cloruro di sodio, perchè, mentre s'intende di

utilizzarli quali agenti di medicazione benefica, si perviene invece a nuocere gravissimamente, specie, ripeto, a quegli infermi che si trovano in condizioni di profonda adinamia (1).

La soluzione più appropriata per *ipodermoclisi* credo sia la seguente:

Cloruro sodio	gr.	6
Cloruro potassio	»	0,50
Cloruro calcio crist.to	»	3
Glucosio bianco pur.mo	»	3
Bicarbonato sodio	»	0,50
Acqua distillata (2)	»	1000

Espongo le ragioni della composizione di questo liquido:

La dose di *cloruro sodico* è fissata in gr. 6: con ciò si vuole ammettere il sale in misura *moderata*, ma sufficiente per una buona osmoregolazione.

È aggiunto il *potassio* perchè si è tenuto conto che di questo metallo si contengono di norma nel sangue gr. 0,39 ‰; e si è creduto di immettere nella soluzione gr. 0,50 di sale potassico con l'intendimento di approfittare delle proprietà del potassio di agire in senso tonico e di influire sulla economia di un certo risparmio di calcio.

Nella soluzione è stato poi introdotto il *calcio* come uno dei componenti indispensabili per le ragioni biochimiche che ho messo in rilievo più sopra. Ne è stata fissata la dose in gr. 3 ‰ che potrebbe sembrare elevata; ma credo che tale dose sia bene appropriata per questo motivo: si tratta per lo più di infondere nell'organismo di individui estremamente debilitati un liquido contenente una sostanza, il calcio, che, oltre essere necessaria là dove c'è il sodio, è stata riconosciuta, anche per studi recenti, fornita di proprietà spiccatamente benefiche, in quanto aumenta il tono cardiaco, agisce sul sistema nervoso vegetativo similmente all'adrenalina, eccita la diuresi, limita le emorragie, ed aumenta la pressione osmotica nell'ambiente colloidale ove sia penetrata. Ed è perciò che, mentre in fisiologia sperimentale è, certo con giustezza, fissata la quantità del calcio in proporzione molto minore (Ringer-Locke), in clinica, per organismi caduti in accentuata debilitazione, ritengo conveniente che la dose sia elevata a gr. 3 ‰.

Quanto al *glucosio* ho creduto di fissarne un quantitativo maggiore di quello che è contenuto normalmente nel sangue.

Il tasso di questa sostanza oscillerebbe nell'uomo, secondo Otto, da gr. 1 a gr. 1,50 ‰; ma, poichè il tasso glicosurico può salire anche fino a gr. 3 ‰ e un lieve eccesso di glucosio può essere utile per l'energetica cardiaca, così ho reputato che la cifra di 3 ‰ fosse proprio quella opportuna. Non posso condividere quanto da taluno si è reputato di recente che le infusioni di dosi più alte di glucosio siano proficue perchè anche Lucibelli (citato da Albertoni) provò con l'esperimento che il glucosio in forte quantità amministrato per ipodermoclisi o per fleboclisi può produrre effetti perniciosi.

Può riuscire utile infine l'aggiunta di una piccola quantità di *bicarbonato di sodio* per due ragioni: primo perchè per lo più si tratta di soccorrere infermi in periodo di iniziale acidosi, a neutralizzare la quale è bene aumentare le risorse alcaline dell'organismo; in secondo luogo perchè il bicarbonato concorre a favorire la dissociazione elettrolitica dei sali, particolarmente per quanto si riferisce ai cationi calcio e sodio.

***

Un'utile variante alla composizione del liquido ora mentovato può essere introdotta per preparare una soluzione ad uso *endovenoso*. Veramente, per questo fine, sarebbe da prescegliere, perchè più in armonia con le necessità naturali, la trasfusione di sangue. È una pratica questa che negli ultimi anni è stata ben studiata e perfezionata, oltre che nelle sue basi scientifiche, anche nei procedimenti tecnici (1); ma se dessa oggi è di ap-

(1) Un malato di ulcera duodenale andato soggetto a copiosa emorragia fu operato con perizia da un valente chirurgo alla presenza di un esimio Maestro. Dopo l'operazione il chirurgo credette di praticare una ipodermoclisi di 500 cmc. di soluzione clorosodica pura al 0,75 %. L'infermo perdette rapidissimamente la vita e, anche a giudizio del Maestro presente, il collasso sopravvenuto si dovette *in gran parte* alla infusione clorosodica.

(2) Le soluzioni di sostanze pur.me fatte con acqua tiepida, poste in fiale di vetro *neutro* di 250 cmc. saldate alla lampada e poi sterilizzate in autoclave, possono essere conservate senza che si alterino per mesi e mesi.

Possono essere richieste dalla Ditta L. Molteni di Firenze.

(1) Noi stessi ce ne siamo occupati ripetutamente.

Vedi: BENASSI, Morgagni, n. 13-14, 1926.

BIANCHERI, Archivio Ital. di Chirurgia, fasc. IV, 1925.

G. PROTTI, *Di una siringa con serbatoio per la trasfusione del sangue*. Venezia, Tipografia Garzia, 1926.

plicazione facile nei centri Ospitalieri, altrettanto non può dirsi là dove la grande urgenza, in uno con certe contingenze di esercizio pratico, non consentono taluna volta una preparazione sufficiente ad evitare possibili inconvenienti. Occorre sopra tutto che sia accertato con esattezza se il datore del sangue appartenga allo stesso gruppo sanguigno del ricevitore; chè, se si procedesse senza tale accertamento, si esporrebbe il ricevitore agli incidenti, talvolta gravissimi, della agglutinazione e della emolisi che furono nel passato sempre le due evenienze principali contro l'adozione corrente di simile operazione.

Inoltre, per una ben condotta trasfusione, occorrono apparecchi speciali non sempre posseduti da chi esercita lontano da Istituti Sanitari: gli è perciò che, riconoscendo oggi nella trasfusione un ottimo procedimento, reputo che in molti casi sia utile, specie per soccorsi urgenti, di poter disporre con facilità di una soluzione che possegga realmente le proprietà della « Lebenrettende ». Nel riflettere su cotesti requisiti a proposito del liquido da somministrare per via *sottocutanea*, avevo rivolto l'attenzione alle circostanze con cui si svolge nella intimità dei tessuti la circolazione del sangue e degli umori secondo la dottrina fisico-chimica delle soluzioni, e mi ero domandato se, nella composizione del liquido, fosse stato conveniente tener conto della importanza fisiologica dell'equilibrio osmotico e della viscosità del plasma sanguigno. E poichè nell'organismo la pressione osmotica in equilibrio con la pressione capillare è dovuta, non solo ai sali, ma anche ai colloidi, mi ero chiesto se fosse stato utile conferire al liquido, con l'aggiunta di una quantità appropriata di una sostanza viscosa (gomma, gelatina?), un carattere che si avvicinasse alla viscosità del plasma.

La risposta, nei riguardi di un liquido per uso *sottocutaneo*, dovette essere negativa, in quanto che si sa che la gomma o la gelatina introdotte per via ipodermica rimangono lungamente in sede in lentissimo assorbimento; ma per una soluzione da infondere per via diretta, endovenosa, mi è parso che l'aggiunta di gomma fosse bene appropriata, giacchè risulta sin dagli studi del nostro Albanese che tale sostanza è adatta per conferire la viscosità.

E' in tal modo possibile ottenere un liquido con proprietà *isotoniche* ed *isoviscose* insieme.

Ond'è che un liquido per uso endovenoso ben utilizzabile mi è parso questo:

Cloruro sodio	gr.	6
» potassio . . .	»	0,50
» calcio crist.to .	»	3
Glucosio bianco p. . .	»	3
Bicarbonato sodio . .	»	0,50
Gomma arabica . . .	»	20
Acqua distillata . . .	»	1000

Alquanto differenti direi che fossero i criteri secondo i quali ci si deve uniformare nella composizione di un liquido per *proctoclisi*, da somministrare col metodo a gocce: la differenza concerne la dose del glucosio e l'aggiunta dell'alcool. Ecco la formula:

Cloruro sodio	gr.	6
» potassio . . .	»	0,50
» calcio crist.to .	»	3
Glucosio	»	50
Bicarbonato sodio . . .	»	0,50
Alcool etilico puro . .	»	15
Acqua distillata . . .	»	1000

In questo caso, dovendo il glucosio ascendere per le radici della vena porta fin entro il fegato, anche se dato in dose elevata viene immagazzinato entro quest'organo sotto forma di glicogeno e poi come glucosio *gradualmente* passato, per il circolo sovra-epatico, nella cir-

———

Nota. — Dalla constatazione fatta da vari AA. che i sofferenti per occlusione alta dell'apparato gastro-enterico vanno soggetti ad un forte abbassamento del tasso dei clorurì del sangue, si è creduto inferire che fosse indicata per questi soggetti la somministrazione per via endovenosa di copiose ripetute quantità di cloruro di sodio puro; e se ne sarebbero di recente ricavati effetti confortantissimi.

Ma, tenuto conto:

che regna tuttora una grande incertezza sulla *reale* efficacia di coteste infusioni;

che ove esista cotale efficacia non se ne è data ancora una interpretazione soddisfacente;

che i vari AA. che riferirono di aver tratto ottimi effetti da cotale pratica propinarono per giorno dosi singolarmente diverse, 20 gr. Gosset, 60 gr. Haden, 90 gr. P. Coleman, dosi cioè tanto diverse da non poter desumere un orientamento nemmeno approssimativo nei riguardi di una dose media che possa presumersi veramente utile;

per questi tre ordini di ragioni il giudizio sulla fiducia da concedere a simile pratica va *per ora* formulato con molta riserva.

Ad ogni modo credo sia giusto pensare che ove si voglia negli occlusi in accentuata ipocloruremia provvedere al difetto, data la capacità ben dimostrata del sodio di nuocere gravissimamente se propinato da solo, agli individui in profonda debilitazione (e tali sogliono essere gli occlusi), ciò sia sempre da farsi unendo al cloruro di sodio anche il calcio ed il potassio tanto per via endovenosa che per ipodermoclisi per le ragioni e colle modalità più sopra precisate.

colazione generale. Un'immissione abbondante di glucosio per via retto-colica invece di riuscire nociva, come quella a pari dose per via sottocutanea od endovenosa, riuscirà di grandissima utilità; per la qual cosa ritengo che la proporzione del 50 ‰ sia giusta per approfittare delle proprietà cardiocinetiche, diuretiche, energetiche e nutritive che universalmente sono riconosciute al glucosio. Gli zuccheri, si tenga conto, sono reputati anche quali ormoni in quanto esercitano una speciale azione sull'organismo, sia per se stessi, sia per i loro prodotti di trasformazione; donde risulta evidente l'indicazione di giovarci di questa sostanza per soccorrere infermi dei quali è spesso indispensabile ed urgente ravvivare le forze vitali.

L'aggiunta di *alcool etilico* poi è fatta perchè questo, come l'olio di senape o di cannella a piccole dosi, favorisce la penetrazione del liquido attraverso le tuniche intestinali dilatandone i vasi sanguigni ed aumenta quindi, anche secondo Scanzoni, la diffusibilità verso il circolo portale.

*
* *

La somministrazione di liquidi a composizione cloro-sodica è tale una pratica di cui è oggi superfluo rilevare l'altissimo valore; ma faceva notare con molta ragione anche il Marfori che dobbiamo chiederci sempre se il cloruro di sodio introdotto nell'organismo possa riuscire « *in certe condizioni* » più che utile, *dannoso* agli infermi. La risposta è precisamente affermativa quando si tratti di infermi in grave depressione e si somministri una soluzione a contenuto cloro-sodico *puro*, senza cioè l'aggiunta di altre sostanze che conferiscano al liquido quelle proprietà che la chimica fisiologica ha indicato necessarie per una regolazione dello svolgimento delle attività organiche.

Io insisto anche una volta nel ricordare che quel sanitario che somministra ai suoi malati per via sottocutanea o per fleboclisi soluzioni che non abbiano una composizione appropriata, può nuocere gravissimamente, riconfermando così la giustezza del detto del clinico filosofo: « *Molto maggiore è il danno di cui è capace un medico indotto, che il bene di cui è capace un valente* ».

RIASSUNTO.

L'A. dopo aver segnalato che la soluzione clorosodica al 0,75 così detta « salvatrice della vita » se propinata *ad infermi in grave debilitazione può riuscire esiziale*, mette in evidenza le ragioni dell'evento. Precisa quale debba essere la composizione di un liquido per ipodermoclisi o fleboclisi perchè esso riesca veramente proficuo.

Ravvisa che fiale di cotesta soluzione a composizione appropriata dovrebbero far parte sempre dei presidi per pronto soccorso negli Istituti di cure e delle dotazioni per ostetricia e per infortunistica.

Nota. — Sarebbe necessario che negli Ospedali, nelle Case di Cura, nelle buste ostetriche, magari presso ciascun medico, fossero sempre pronte fiale di liquido calcio-potassio-sodico per ipodermoclisi o fleboclisi da 250 cmc. o 500 cmc. Le stesse fiale dovrebbero far parte della dotazione dei piccoli armadi prescritti per soccorso agli infortunati. Con Decreto Ministeriale del novembre 1929 è fatto obbligo che tra i presidi di codesti armadi ci siano litri 5 (*dico 5 litri!!!*), di liquido di Dakin. Sarebbe stato più saggio prescrivere qualche fiala di soluzione calcio-potassio-sodica per ipodermoclisi, o fleboclisi.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ospedale di S. Spirito in Roma - Sala Bacci.
Primario: prof. Nazari.

Su di un caso di mielite trasversa degenerativa a decorso subcronico

per il dott. Giovanni Borromeo, aiuto.

All'esposizione del caso presente mi hanno indotto non solo l'interesse intrinseco del caso e il suo particolare decorso clinico, ma anche il desiderio di portare un sia pur modestissimo contributo alla casistica clinica ed anatomopatologica della mielite.

E veramente la mielite costituisce un capitolo della patologia, in cui regna ancora tanta incertezza, non solo per quel che riguarda la sua etiologia e la sua patogenesi, ma perfino per quello che concerne il concetto stesso della malattia, e sono così pochi i casi in cui allo studio clinico può seguire il controllo anatomico, da far ritenere non inutile la seguente comunicazione.

Il caso in questione è il seguente:

M... Eugenio, anni 18, contadino.

Entra in sala Bacci il 2 gennaio 1929, vi muore il 4 maggio 1929.

Anamnesi. — Nulla di notevole nel gentilizio. Afferma di non essere stato mai malato e di non aver mai contratto malattie veneree.

L'inizio della malattia attuale rimonta ai primi dell'ottobre 1928.

In quell'epoca il paziente ha cominciato ad avvertire delle parestesie sotto forma di forte pru-

rito alla metà anteriore di ambedue i piedi tanto sul dorso che sulla punta di essi. Tale prurito si è presentato in forma di accessi della durata di alcune ore. Dopo alcuni giorni alle parestesie, che durano ancora all'ingresso in corsia, si aggiungono dolori abbastanza vivi alle ginocchia e alle masse muscolari delle coscie, specie sul lato interno.

Mai dolori alle gambe.

Dopo circa due mesi dall'inizio di tali disturbi e precisamente verso il 20-25 novembre, cominciano i disturbi della deambulazione.

L'andatura diviene francamente atassica. Malgrado ciò il paziente seguita ad accudire al suo lavoro di contadino (guardava gli animali) fino agli ultimi giorni di dicembre. Da quell'epoca i disturbi della deambulazione si sono talmente aggravati da costringere l'infermo ad abbandonare il lavoro.

Questi fenomeni morbosi non sono stati mai accompagnati da febbre e da altri sintomi di carattere generale.

Il paziente non ha mai notato nulla a carico della vista, dell'udito, della fonazione e della deglutizione.

Esame obbiettivo (2-I-1929). — Stato generale di nutrizione e di sanguificazione buono. Nulla a carico dei polmoni, del cuore e degli organi ipocondriaci.

A carico del sistema nervoso notasi quanto segue:

Motilità. — Oculomozione mono- e binoculare normale. Nulla a carico del facciale d'ambo i lati. Motilità dei muscoli masticatori, del velopendolo, della lingua, normale.

Nulla a carico della motilità del tono e del trofismo, degli arti superiori, del collo e del tronco.

A carico degli arti inferiori non si notano *deficit* motori evidenti, ma esiste una spiccata ipotrofia muscolare dei gemelli di ambedue le gambe.

Riflessi. — Pupille assai ampie, leggermente anisocoriche D>S. Reagenti alla luce e all'accomodazione.

Riflessi tendinei e periostei degli arti superiori tutti presenti e piuttosto vivaci.

A carico degli arti inferiori:

Rotulei: ambedue presenti.

Achillei: bilateralmente assenti.

Assenti bilateralmente il Babinski e tutti i suoi equivalenti.

Sensibilità tattile e dolorifica ovunque normale.

A carico della sensibilità termica si nota invece una completa termoanalgesia sulla cute del lato esterno del piede e del terzo inferiore della gamba, bilateralmente.

Sensibilità profonda completamente normale. Colla prova del tallone sul ginocchio non si nota atassia evidente, come si nota invece durante la:

Deambulazione: Gli arti inferiori vengono sollevati esageratamente e si muovono disordinatamente in tutti i sensi. Ad occhi chiusi l'atassia si aggrava notevolmente e vi partecipa anche il tronco.

Romberg evidentissimo.

Non si nota dolore nella pressione dei tronchi nervosi.

Non disturbi del linguaggio, della deglutizione e dei sensi specifici.

Condizioni psichiche normali.

Esame del fondo dell'occhio negativo.

Riassumendo: Dolori e parestesie agli arti inferiori. Atrofia muscolare in ambedue i polpacci (segmenti S_1 S_2). Termoanalgesia nel territorio di S_2 S_3. Abolizione dell'achilleo bilateralmente, assenza di Babinski. Atassia grave degli arti inferiori.

Nei giorni seguenti all'ingresso in Ospedale l'infermo si lamenta di forti dolori agli arti inferiori, specialmente nella regione interna delle cosce. Tali dolori hanno sopratutto carattere notturno e si esacerbano durante i colpi di tosse.

Dopo 9 giorni dal suo ingresso in Corsia, ossia l'11 gennaio 1929, si manifestano per la prima volta disturbi degli sfinteri, il paziente ha difficoltà ad emettere le urine.

Il giorno seguente per alcune ore rigidità vertebrale, dolori lungo la colonna e opistotono.

La puntura lombare praticata il 12 gennaio 1929 dà il reperto seguente:

Liquido di aspetto limpido. Colore leggermente xantocromico. Pandy e Nonne intensamente positive. Albumina fortemente aumentata, 4 per mille al Nissl. Assenza completa di linfocitosi. Wassermann negativa con 0.20-0.30-0.50 di liquor.

Esame radiologico della colonna vertebrale: negativo.

Nei giorni seguenti persistendo i dolori si va aggravando l'atrofia muscolare ai polpacci e comincia a manifestarsi paraplegia flaccida degli arti inferiori.

Il 1° febbraio i rotulei che erano presenti all'ingresso in Corsia sono aboliti, il malato è divenuto incapace di reggersi in piedi.

Sorretto sotto le ascelle cammina con andatura fortemente atassica.

I disturbi obbiettivi della sensibilità sono immutati. Persiste cioè la dissociazione a tipo siringomielico.

L'11 febbraio comincia la ritenzione di urina e, d'ora innanzi, è sempre necessario cateterizzare il paziente.

Intanto il *deficit* motorio degli arti inferiori si fà sempre più grave, mentre i dolori si calmano.

Il 19 febbraio a quanto rilevasi dalla cartella clinica, lo stato dell'infermo è il seguente:

Nulla a carico della motilità dei nervi cranici, degli arti superiori e dei muscoli del tronco.

Paraplegia flaccida completa degli arti inferiori con abolizione dei riflessi tendinei e periostei.

Anestesia completa per tutte le forme di sensibilità nei due terzi inferiori della regione esterna della gamba e su tutto il piede, specie in corrispondenza della pianta, quindi presso a poco nel territorio di S_1 S_2 e in parte di L_5. Ipoestesia termica della zona periano-genitale, dove la sensibilità dolorifica è conservata.

Gravi disturbi degli sfinteri, talora si ha ritenzione, talora perdita di urina. Spesso la vescica è piena e il malato non riesce ad urinare, ma basta voltarlo o muovergli gli arti inferiori perchè la vescica si vuoti automaticamente e indipendentemente dalla volontà del malato.

Stitichezza ostinata, assenza completa dell'erezione.

Mai febbre.

Ai primi di marzo la paraplegia è completa di moto e di senso.

L'anestesia assoluta per tutte le sensibilità arriva fino alla piega dell'inguine.

Si ha la sindrome di una sezione trasversa completa del midollo all'altezza circa del 1° segmento lombare.

Le condizioni del paziente peggiorano sempre più. Insorge cistite e con essa la temperatura, che era stata da prima normale, diventa lievemente febbrile.

Col progredire della malattia l'infermo dimagra rapidamente, insorgono edemi cachettici, quindi decubito sacrale che si estende rapidamente mettendo il sacro allo scoperto, e finalmente dal decubito stesso si produce uno stato settico con alte temperature, che conduce a morte l'infermo il 4 maggio 1929.

* * *

Il decorso relativamente lento dell'affezione, che iniziata ai primi di ottobre raggiunge il suo completo sviluppo soltanto nella seconda metà di febbraio, l'assenza di febbre sino a che complicazioni settiche non intervennero, il predominare dei dolori, l'iniziarsi dei disturbi della sensibilità con la dissociazione a tipo siringomielico, il reperto caratteristico del liquor leggermente xantocromico con nettissima dissociazione albumino-citologica e finalmente l'assenza di ogni dato etiologico in favore della mielite, tutto portava ad escludere questa malattia e ad accettare la diagnosi di tumore midollare.

L'autopsia, purtroppo dovutasi limitare al solo midollo, doveva smentire la diagnosi clinica.

Autopsia. — Estratto il midollo con la dura madre, questa viene incisa longitudinalmente come di solito dalla sua faccia dorsale.

Il midollo spinale si presenta di aspetto normale, senza aderenze con la dura madre spinale, e senza altre alterazioni apparenti esternamente, fino alla parte inferiore della porzione toracica (cioè fino a circa 15.5 cm., dalla sezione superiore del midollo cervicale).

Fino a questo livello le sezioni trasverse del midollo spinale non lasciano riconoscere altre alterazioni all'infuori di un colorito più bianco (dopo l'azione della formalina) dei cordoni di Goll, e ciò per tutta l'altezza del midollo fino alla sezione cervicale.

Al livello della parte inferiore della porzione toracica, cioè come si è detto a 15.5 cm. dalla porzione superiore del midollo cervicale, il midollo spinale, senza presentare aderenze con la dura madre, e senza alterazioni della pia madre, all'infuori di una leggera varicosità delle vene, perde bruscamente la sua struttura, appare alquanto afflosciato e si presenta alla sezione trasversa, trasformato in una poltiglia gelatinosa di colorito bianco latteo, racchiusa nel sacco della pia madre spinale.

L'afflosciamento del midollo continua crescendo verso la fine della porzione dorsale e l'inizio della lombare, dove il midollo completamente appiattito, senza presentare aderenze con la dura spinale, è costituito dalla sola pia madre, che contiene una poltiglia diffluente in piccola quantità e di colorito bianco grigiastro.

Questo contenuto di poltiglia procedendo caudalmente va ancora diminuendo, e per un tratto di circa cm. 1.5 il midollo è ridotto alla pia circondato dalle radici, e che ha collabito in senso dorso-ventrale.

Da questo punto, procedendo ancora caudalmente per tutto il rigonfiamento lombare fino al cono midollare, l'aspetto cambia in quanto la dura madre non è più distaccabile dalla pia che riveste il midollo, con la quale attraverso le radici ha contratto valide aderenze, le quali divengono totali per un tratto di 3 cm., nei quali il sacco durale e il suo contenuto appaiono aumentati di volume.

Nelle sezioni trasverse praticate a questo livello, comprendenti a tutto spessore dura madre e midollo, si vede, procedendo dall'esterno verso l'interno, il sacco durale non inspessito e intimamente fuso con la pia madre sottostante. In questa fusione fra la superfice interna durale e l'esterna piale, sono inglobate e compresse le radici spinali gravemente atrofiche.

Al limite interno della superfice midollare della pia, si vede un esilissimo orlo giallo chiaro, che sembra far parte della pia stessa, e che circonda una poltiglia di aspetto colesteatomatoso che sostituisce in totalità il midollo spinale in questa regione.

Questo aspetto si continua immutato fino al cono midollare e alle radici della cauda che si presentano libere nel sacco durale, che più è conservato, e non presentano che tenuissime aderenze tra loro.

Un fascetto di nervi della cauda sembra trasformato in un lungo sacchetto floscio giallognolo alla superfice del quale aderiscono lassamente le radici della cauda.

Esame istologico. — Per esso furono prelevati frammenti del midollo a varia altezza dall'estremo frontale fino al caudale. Furono fissati inclusi e sezionati, e variamente colorati.

L'esame microscopico delle sezioni ha dato il seguente risultato:

Le porzioni della sezione cervicale e dorsale del midollo spinale, che macroscopicamente si presentavano di aspetto normale non presentando altre alterazioni macroscopiche che il colorito pallido dei cordoni di Goll, all'esame istologico hanno dimostrato una diversità di forma e di volume di una delle due branche anteriori dell'H grigio, e precisamente della destra la quale appare alquanto aumentata di volume, leggermente deformata, e oltre a una notevole diminuzione numerica delle cellule nervose spinali, presenta un notevole aumento dei nuclei della glia.

Tale aumento dei nuclei gliari è diffuso in modo omogeneo. Oltre a ciò non si notano altre alterazioni apprezzabili, sia nel tessuto nervoso, sia nei vasi sanguigni intra- ed extramidollari e meningei.

Nelle sezioni del midollo dorsale inferiore all'inizio del rammollimento, non si notano alterazione della meninge, nè dei vasi, nè delle radici ad esse aderenti. In quanto al midollo spinale, il cui rammollimento a questo livello sembrava macroscopicamente totale, all'esame microscopico si mostra completamente rammollito solo nella sua metà ventrale. Il rammollimento è limitato da una linea trasversale, che passa un poco allo innanzi del canale ependimale.

La struttura della porzione ventrale rammollita è completamente distrutta e sostituita da un detrito di fibre nervose, da cellule della glia, e da residui di tessuti mesenchimali profondamente alterati.

La porzione dorsale del midollo ancora conservata, appare deformata e alterata ma conserva riconoscibile la struttura della sostanza bianca, e scarsi residui di cellule nervose della sostanza grigia ai lati del canale ependimale.

Nelle sezioni ancora più caudali del midollo dorsale inferiore, il rammollimento del midollo diviene completo, e il midollo stesso è completamente sostituito da un detritus di sostanza nervosa e di tessuti mesenchimali, circondato dal sacco piale.

Ancora più caudalmente verso la fine del midollo dorsale e l'inizio del lombare, le pareti del sacco piale contengono solo uno scarsissimo e tenue detrito di rammollimento e quasi collabiscono.

Il connettivo piale e i vasi sanguigni non presentano alterazioni apprezzabili.

Le sezioni ancora inferiori dall'inizio del rigonfiamento lombare, fino al cono terminale ossia in quella porzione del midollo nella quale è stato descritto il saldamento della dura con la pia sottostante, comprendono tutte queste parti.

Il saldamento più o meno completo della dura con la pia è dato da un tessuto connettivo fibroso ricco di elementi cellulari. Le radici e i nervi spinali nel loro tratto intradurale appaiono più o meno profondamente alterati, sia per la compressione sia per fatti degenerativi che ne hanno profondamente modificato la struttura.

Ad eccezione di un'unica arteriola che presenta un processo di tromboarterite obliterante, con occlusione completa del suo lume, *tutti gli altri vasi appaiono di struttura e contenuto normale.*

Immediatamente al disotto della superfice interna della pia madre, si nota uno strato di tessuto midollare profondamente alterato, con qualche scarsissimo residuo di cellule nervose spinali, e con numerosi cristalli di bilirubina a cui era dovuto il colorito giallognolo visibile già macroscopicamente.

Questo strato limita una poltiglia che occupa tutta la porzione centrale delle sezioni, risultante dal rammollimento del midollo spinale.

Queste profonde alterazioni di struttura si prolungano per tutto il tratto lombosacrale.

Senza voler qui esporre la dottrina delle mieliti, ciò che qui sarebbe veramente fuor di luogo, sarà forse opportuno rammentare alcuni punti della dibattuta questione, che possono servire a meglio lumeggiare l'interesse del caso.

Ancora presentemente sotto il nome di mielite non si intende un processo morboso unico ben definito nella sua essenza a limiti netti che lo distinguano da altre malattie.

Questa deficienza si avverte in tutti i trattati, quando si tratta di dover definire il concetto di questa malattia.

La definizione è fatta sempre per esclusione ed ha carattere di provvisorietà.

Una volta sotto il nome di mielite erano compresi processi morbosi numerosissimi e assai diversi tra loro.

Così cadevano sotto la comune rubrica le alterazioni mielitiche apparentemente primitive idiopatiche, e quelle luetiche, tubercolari, e infine quelle prodotte dalla compressione del midollo.

Fu merito precipuo di Oppenheim di sgombrare il campo, di restringere e delimitare il concetto di mielite.

Ma ancora oggi, la definizione della malattia, si fa più che altro per esclusione, come è evidente ad esempio da quella fornita da Henneberg che di questa malattia si è tanto occupato.

Egli infatti così si esprime: « Con la denominazione di mielite, sono temporaneamente raccolte insieme, alterazioni molto diverse del tessuto midollare. Non è perciò possibile una definizione e una delimitazione esatta del concetto di malattia.

Tenendo conto di punti di vista pratici ed attenendoci al linguaggio abituale, ci si deve accontentare di delimitare il concetto di mielite in questo modo, che sono da mettere in suo conto quei processi prevalentemente infiammatori, degenerativi e di rammollimento, basantisi sulla infezione e l'intossicazione, che non compaiono in modo sistematico ma invece a focolaio o diffusamente e purchè non rappresentino alterazioni sifilitiche tubercolari o traumatiche, o appartengano alle alterazioni del midollo da tenersi distinte dalla mielite genuina (mielite da compressione, sclerosi multipla, ecc.) ».

In altre parole il termine mielite è un termine provvisorio con cui si intendono processi morbosi diversi fra loro.

E quasi con le stesse parole la definiscono Strümpell, Wohlwill nel trattato di Krause e Brugsch, ecc.

Fra questi processi una grande divisione può essere senz'altro fatta, fra i fenomeni infiammatori e quelli degenerativi, costituendosi così due grandi tipi: la mielite degenerativa o mielosi, e la mielite infiltrativa o mielite propriamente detta.

Ma questa distinzione, facile a porre da un punto di vista puramente teorico, non è poi in pratica cosa molto agevole anche dal solo punto di vista della anatomia patologica.

Alcuni autori come Finkelburg nel trattato di Curschmann negano addirittura questa possibilità. Egli dice: « Non siamo per ora in grado di stabilire sia dal punto di vista clinico che anatomo-patologico un confine sufficentemente netto tra dei quadri morbosi di cui alcuni hanno a base alterazioni acute o subacute del midollo spinale con i segni ca-

ratteristici dell'infiammazione, e altri nei quali predominano fenomeni acuti di degenerazione e di distruzione cellulare della sostanza midollare ».

Ma, specie presentemente, la maggioranza degli autori si attiene a questa distinzione pure esistendo tra essi notevoli divergenze specie per quanto riguarda la frequenza dell'una forma rispetto all'altra, ma anche nei riguardi della loro descrizione e dei limiti delle singole forme.

Alla forma degenerativa sono stati dati vari nomi. Mielite degenerativa, myelitis parenchymatosa, degenerazione parenchimatosa (Schmaus), myelodegeneratio trasversa acuta (Nonne), necrosi tossi-infettiva, necrosi infiammatoria, mielosi.

Casi di questo genere furono, per citare solo gli autori più recenti, oggetto di pubblicazione da parte di Silbermann, Nonne, Teemtra, Turner, Margulis, ecc.

Questa forma è caratterizzata dalla degenerazione acuta, talora limitata ai soli elementi nervosi, mentre il tessuto interstiziale, la glia e i vasi rimangono almeno in primo tempo normali, talora invece la necrosi è estesa a tutti gli elementi avendosi allora la necrosi completa del midollo.

In questa forma manca l'infiltrazione parvicellulare, le alterazioni vasali poco caratteristiche, sono probabilmente di natura secondaria.

Al microscopio infatti si mette in evidenza le alterazioni dei cilindrassi, che dapprima si rigonfiano poi si spezzettano e finiscono con lo scomparire del tutto (axolisi).

Le guaine mieliniche a loro volta si rigonfiano e assumono un aspetto varicoso, quindi presentano delle fenditure, infine si distruggono lasciando come residui accumuli dapprima piuttosto grossi infine addirittura fini come polvere, di mielina.

Dopo la distruzione del parenchima la sostanza bianca mostra in sezione trasversa un aspetto a rete ad alveare che ha ricevuto nomi svariati (stato vescicoloso di Leyden, lückenfeld di Mager, lückenherd di Henneberg).

Accanto a questi lückenfelder si trovano spesso focolai di necrosi completa del tessuto midollare.

Talora il lückenfeld si estende a tutta la sezione trasversa.

Più spesso si arriva a una necrosi totale della sezione trasversa.

Successivamente ai fatti degenerativi si ha proliferazione delle cellule gliari e formazione di cellule granulo-adipose la cui discussa origine non è qui il caso di trattare. In parte sembrano essere di origine gliare in parte avventiziale. Esse si caricano di prodotti di disfacimento del tessuto midollare.

Una forma particolare di questa mielite degenerativa sarebbe la mielite funicolare, che appunto molti autori chiamano oggi mielosi funicolare.

Nella mielite infiltrativa invece le alterazioni consistono in infiltrazione parvicellulare perivasale e le alterazioni del tessuto nervoso sono secondarie.

L'infiltrazione cellulare può essere diffusa o a focolai. Partecipano alla proliferazione anche le cellule ependimali.

Le meningi partecipano spesso al processo infiammatorio e così pure le radici. Anche la glia partecipa al processo e le stesse alterazioni descritte nella mielite degenerativa esistono pure nella mielite infiltrativa. Le fibre nervose degenerano e in alcuni punti si può arrivare alla formazione di lückenfelder.

In secondo tempo una parte delle cellule dell'infiltrato si trasformano in cellule granulo-adipose.

È relativamente molto raro che la mielite infiltrativa assuma la forma trasversa come è invece frequente nella forma degenerativa.

Questi sarebbero i due tipi fondamentali delle alterazioni midollari comprese sotto il nome di mielite.

Ma se clinicamente la distinzione tra le due forme è naturalmente impossibile, anche la distinzione anatomo-patologica non sempre è permessa.

Così nella mielite degenerativa l'aumento dei nuclei gliari può essere così abbondante da determinare un quadro somigliante alla infiltrazione parvicellulare.

Del resto la stessa causa morbosa può dare tanto l'una che l'altra forma di mielite e nello stesso caso ci possono essere mescolate ambedue le forme.

E infine anche quegli autori che distinguono nettamente questi due tipi di mielite, riconoscono, come ad es. Wohlwill, che i confini non sono tra loro netti.

E infatti questa distinzione netta non è ammessa da tutti, e le opinioni in proposito sono quanto mai varie.

Infatti non mancano autori che pongono la mielite degenerativa nel territorio della necrosi ischemica, e considerano come mielite solo l'infiammazione infiltrativa del midollo.

Altri considerano a base della mielite degenerativa processi embolici e trombotici.

Ciò che non appare in verità affatto giustificato.

Mager ha tentato invece una concezione unitaria riunendo le diverse forme di mielite sotto il concetto di infiammazione del midollo.

Le due forme, degenerativa e infiltrativa, sarebbero due forme diverse dello stesso processo, cioè dell'infiammazione, e la proprietà caratteristica di ambedue le alterazioni e che costituirebbe il *trait-d'union* fra di esse sarebbe la presenza di reperti vasali corrispondenti all'infiammazione acuta.

Per Mager quindi le alterazioni vasali sarebbero primitive e di natura infiammatoria, le alterazioni necrotiche del tessuto nervoso non sarebbero secondarie ma coordinate; effetto anche loro di una speciale reazione del tessuto midollare allo stimolo infiammatorio.

Ma a questa concezione di Mager si può obbiettare che le alterazioni vasali non troppo raramente mancano del tutto (come nel caso presente).

Ma sarebbe fuor di luogo qui l'esposizione di tutte le discussioni che la dibattuta questione ha suscitato.

Esaminando ora il reperto necroscopico del caso in questione, tenendo presente quanto si è esposto finora, si deve evidentemente concludere che ci si trova dinnanzi ad un caso di mielite trasversa degenerativa.

Parlano per essa oltre all'esistenza della vasta zona di necrosi totale del midollo, la mancanza nelle parti più periferiche del focolaio, di ogni infiltrazione parvicellulare, la mancanza di alterazioni vascolari, ciò che deve far escludere che si sia trattato di una mielite infiltrativa.

Del resto, come si è detto, è raro che nella mielite infiltrativa si arrivi ad una necrosi trasversa totale, mentre ciò è più frequente nella forma degenerativa.

Non è privo di interesse notare l'esistenza, oltre che della gravissima lesione sacro-lombare, che non rappresenta che un esito di processo ormai vecchio di qualche mese, l'esistenza di alterazioni evidentemente più recenti nel midollo dorsale superiore e cervicale e che sembrano attestare che il processo midollare era ancora militante all'epoca della morte.

Ma l'interesse del caso presente non è tanto anatomo-patologico, benchè tuttavia il reperto di così estese mortificazioni del midollo non sia molto frequente, quanto clinico.

Tutto nel decorso clinico e nella sintomatologia della affezione presentata dal M. Eugenio giustificava la diagnosi di tumore midollare e sopratutto sembrava escludere la mielite trasversa.

L'affezione aveva avuto un inizio lento e graduale con parestesie dapprima, poi forti dolori agli arti inferiori, disturbi della sensibilità obbiettiva e grave atassia.

Nella mielite può esserci atassia, ma è rara (Strümpell). Anche i dolori così violenti, come nel caso presente, sono una rarità nella mielite, mentre sono la regola nel tumore del midollo. Può esistere tutto al più un dolore alla pressione delle vertebre.

I disturbi della sensibilità e della motilità nella mielite trasversa data appunto la rapida diffusione trasversale del processo ad una intera sezione del midollo, sono presto assai intensi e si arriva a un *deficit* completo di moto e di senso, e non si osserva persistente per varie settimane una dissociazione a tipo siringo-mielico della sensibilità. Infine la puntura lombare o dà un reperto completamente o quasi del tutto negativo, oppure se vi è partecipazione delle meningi al processo mielitico presenta sopratutto una linfocitosi. Ora nel caso in questione esisteva forte aumento dell'albumina senza linfocitosi e inoltre xantocromia, proprio il reperto che comunemente si dà come caratteristico dei tumori. Infine il decorso della malattia fu sempre afebbrile finchè non apparvero le complicazioni infettive terminali.

Tutto questo; l'assenza di lesioni vertebrali che potessero comprimere il midollo, l'assenza di lues, portavano obbligatoriamente ad ammettere un tumore intramidollare.

Ma ciò che sopratutto conduceva a diagnosticare questa malattia e ad escludere senz'altro una mielite trasversa era il decorso della malattia, protratto e progrediente per mesi.

Ora la mielite trasversa è, per il parere concorde di tutti gli autori classici, una malattia acuta o subacuta che raggiunge il suo completo sviluppo in giorni o al massimo in una o due settimane.

Una mielite trasversa cronica è negata da tutti.

Müller nel trattato di Mohr e Staehlin dice: « Ciò che si suole designare come mielite trasversa cronica è quasi senza eccezione lo stadio terminale di una forma acuta o ancora più spesso si tratta di una diagnosi errata.

La mielite trasversa toracica che si insedia lentamente e non sia di natura sifilitica è evenienza assai rara. *Noi non abbiamo mai visto una forma simile alla tavola anatomica* ».

Strümpell dice che la mielite trasversa è sempre acuta. Dice che a sua cognizione non

si conoscono casi di mielite trasversa cronica circoscritta e che i casi ritenuti come tali alla sezione risultano tumori, sclerosi a piastre, o degenerazioni combinate.

Non meno reciso è Henneberg (Trattato di Lewandowsky) « Astrazion fatta dai casi a lento decorso di mielite funicolare, noi non abbiamo mai osservato un caso in cui il reperto necroscopico facesse sembrare giustificata la diagnosi: Mielite cronica ».

Finalmente anche Lewandowsky fa del decorso il criterio più importante nella diagnosi differenziale fra il tumore del midollo e la mielite.

Senonchè nell'esame della letteratura riguardante la mielite sono venuto a conoscenza di un lavoro di Foix e Alajouanine che comunicano dei casi di mielite trasversa degenerativa in cui molti sintomi, ma sopratutto il particolare decorso clinico, richiamano in modo evidente il caso presente, sì da indurre ad ammettere che questo faccia assieme ai casi degli AA. francesi, parte di una varietà clinica di mielite trasversa a decorso particolarmente lento e tale quindi da far ammettere che a base di essi stia uno stesso processo morboso.

Gli autori francesi assegnano a questa particolare forma di mielite i caratteri seguenti:

1) Una paraplegia amiotrofica a decorso progressivo, dapprima spastica, poi flaccida, i fenomeni spastici progrediscono in altezza mentre a mano a mano la amiotrofia e la flaccidità si sostituiscono loro dal basso in alto.

2) Disturbi sensitivi *dapprima dissociati* poi sempre più globali, e seguenti con un certo ritardo, il progredire dei fenomeni paralitici e amiotrofici.

3) Dissociazione albumino-citologica del liquido cefalo-rachideo, caratterizzata da una iperalbuminosi massiva con linfocitosi leggera o moderata.

4) Una evoluzione subacuta che porta a morte in uno o due anni.

Analizzando più minutamente la sintomatologia i detti autori, dopo aver fatto notare che la malattia risparmia gli arti superiori e il tronco, schematizzano il decorso in tre periodi.

Un periodo spastico in cui però il quadro clinico presenta delle contraddizioni, così i riflessi tendinei sono esagerati ma gli achillei già possono mancare, vi può essere il clono, ma il *Babinski manca.*

Ancora non esistono disturbi della sensibilità.

In questo periodo il liquido presenta già la dissociazione albumino-citologica.

Un secondo periodo in cui si è costituita la paraplegia flaccida con ipotonia, amiotrofia, l'abolizione dei riflessi.

Sono intanto comparsi i disturbi della *sensibilità a tipo siringo-mielico.*

I disturbi della sensibilità tattile compaiono solo più tardi, e sempre sormontati da una striscia di anestesia termica.

Infine si ha il terzo periodo, che è quello terminale, con la morte dell'infermo causata dalla infezione delle vie urinarie o dai decubiti.

Come si è detto, i disturbi motori riguardano solo gli arti inferiori e all'ultimo periodo i muscoli addominali, risparmiando gli arti superiori.

I riflessi tendinei scompaiono dal basso all'alto e quindi i primi a scomparire sono gli achillei.

I disturbi sensitivi inizialmente dissociati sono limitati ai territori sacrali.

Così pure l'amiotrofia è precoce e predomina sui muscoli dipendenti dai segmenti sacrali.

Notevole il fatto che finchè non compaiono le infezioni secondarie *non esiste febbre.*

Nell'osservazione di Foix e Alajouanine finalmente i disturbi della coordinazione erano anche negli arti inferiori poco accentuati.

Riassumiamo ora il decorso clinico del caso M.

Anche in esso la sintomatologia ha riguardato sempre soltanto gli arti inferiori.

All'ingresso in corsia, il 2 gennaio 1929, presenta in breve il seguente reperto obbiettivo: ipotrofia evidente dei muscoli gemelli di ambedue le gambe (Segmenti S_1 S_2); rotulei presenti e invece achillei assenti bilateralmente; Babinski assente bilateralmente; sensibilità tattile ovunque normale, invece evidentissima anestesia termica sulla cute del lato esterno del piede e del III inferiore della gamba, cioè nel territorio di S_2 S_3; sensibilità profonda ovunque normale. Con la prova del tallone sul ginocchio non si nota atassia evidente, che è invece evidentissima quando il malato cammina, specialmente ad occhi chiusi.

Secondo il racconto del malato, l'inizio della malattia rimonterebbe a 2-3 mesi prima dell'ingresso in corsia, e sarebbe stato contrassegnato dalle parestesie degli arti inferiori e dai disturbi dell'andatura.

Nei giorni seguenti si iniziano i dolori agli arti inferiori, quindi i disturbi degli sfinteri.

Si aggrava l'atrofia muscolare.

Dopo circa un mese sono scomparsi anche i riflessi rotulei e il malato presenta una *paraplegia flaccida* degli arti inferiori per cui non è più capace di reggersi in piedi. Invece i di-

sturbi obbiettivi della sensibilità sono ancora rimasti quelli di un mese prima.

Nei giorni seguenti i dolori si calmano e mentre nulla di anormale si nota a carico dei nervi cranici dei muscoli del tronco, e degli arti superiori, la paraplegia flaccida degli arti inferiori è assoluta con l'abolizione di tutti i riflessi. Nel territorio di S_1 S_2, ove prima esisteva anestesia soltanto termica, esiste ora invece anestesia assoluta, mentre l'anestesia termica si è estesa ora alla regione periano-genitale.

Due mesi dopo l'ingresso in corsia, circa 5 mesi dopo l'inizio della malattia, il quadro morboso è quello definitivo che persisterà immutato fino alla morte del paziente, che avverrà solo due mesi ancora più tardi, ed è, cioè, una paraplegia completa di moto e di senso con una anestesia completa fino al territorio della prima lombare.

Fino a che il malato non ha avuto decubiti nè cistite, non ha mai avuto febbre.

A differenza dunque dei casi di Fox e Alajouanine, nel caso M. sono esistiti anche dolori e atassia.

Però tutti gli altri sintomi e il decorso sono esattamente sovrapponibili.

Nell'uno e negli altri la malattia si è iniziata e è rimasta localizzata agli arti inferiori, le amiotrofie sono state precoci e localizzate per primo ai muscoli dei segmenti sacrali, i primi riflessi a scomparire sono stati gli achillei, non è esistito mai Babinski. Non basta: in ambedue i disturbi sensitivi hanno seguìto, diremo così, alla retroguardia i sintomi motori, e tanto nel caso M. che nell'osservazione degli autori francesi, i primi disturbi della sensibilità sono stati a tipo siringomielico e localizzati nei territori sacrali.

Tanto nel caso presente che in quelli degli autori francesi il liquor ha presentato la dissociazione albumino-citologica, e in uno dei casi di Foix e Alajouanine anche la xantocromia come nel caso di M.

Infine tanto in quest'ultimi che in quelli degli autori francesi la malattia ha avuto un decorso completamente afebbrile.

La somiglianza dei casi in questione si nota anche nella completa oscurità etiologica poichè, tanto nell'uno che negli altri, l'anamnesi è in proposito completamente muta.

E sopratutto, tanto nei casi degli aa. francesi, quanto nel caso M., il decorso non è stato quello acuto che da tutti gli autori è assegnato alla mielite trasversa, ma un decorso subcronico di vari mesi, che nel caso M. è stato, naturalmente non tenendo conto degli ultimi mesi di vita in cui si aveva a che fare con gli esiti del processo, ma soltanto del tempo decorso dall'inizio della malattia, al completo sviluppo del quadro morboso, di almeno cinque mesi.

Anche la base anatomica del processo è, nei casi degli autori francesi, identica al caso presente, cioè una mielite trasversa del tipo degenerativo.

Soltanto in un punto differisce il quadro anatomo-patologico, e precisamente in ciò: che mentre nei casi degli aa. francesi esisteva un notevole ispessimento e varicosità dei vasi sanguigni tanto arteriosi che venosi del midollo e delle meningi, nel caso presente solo una arteriola presenta un processo di tromboarterite obliterante, tutti gli altri vasi appaiono di struttura e contenuto normale.

Gli autori francesi fanno delle alterazioni vasali un componente importante del quadro anatomo-clinico da essi isolato nella nosografia ancora in divenire della mielite, il caso presente, esattamente o quasi sovrapponibile ai loro, potrebbe dimostrare che tale esso non è.

Ciò che invece sembrami degno di interesse è il comune decorso protratto per mesi, ciò che porterebbe alla importante conclusione non essere sempre la mielite trasversa una malattia acuta, e non dovere perciò il decorso lento e a tappe di un quadro midollare escludere senz'altro la diagnosi di mielite trasversa.

RIASSUNTO.

Si tratta di un caso di mielite trasversa degenerativa ad etiologia completamente oscura.

Il decorso della malattia è stato, contrariamente a quanto è ammesso di solito per la mielite trasversa, non un decorso acuto, ma subcronico della durata di vari mesi, durante i quali il processo ha progredito a *poussées* successive.

La sintomatologia clinica del caso in questione è assai simile a quella dei casi pubblicati da Foix e Alajouanine sotto il nome di « Myélite nécrotique subaiguë ».

Sovratutto il caso in questione ha in comune con i casi degli aa. francesi il decorso protratto per mesi.

Con grande verosimiglianza trattasi anche nel caso presente dello stesso processo morboso, di cui è per ora completamente ignota la etiologia e la patogenesi, come lo è del resto per quasi tutte le mieliti.

L'interesse del caso presente è sopratutto pratico-diagnostico, dimostrando che un decorso subcronico a *poussées* successive non è

criterio sufficiente per escludere la diagnosi di mielite trasversa.

BIBLIOGRAFIA.

Estesissima letteratura sulle mieliti trovasi nel LEWANDOWSKYS. *Handbuch der Neurologie*, volume II, Springer 1911, e più recente nel trattato di KRAUSE u. BRUGSCH. Per questi ultimi anni vedi:

FOIX et ALAJOUANINE. Revue Neurologique, v. II, n. 1, 1926.

CRISTAN et POUMEAU DELILLE. Bull. et mémoires de la Soc. méd. des hôpitaux, annata 42, n. 31, 1926.

ETIENNE. Rev. méd. de l'est., vol. 54, n. 7, pagine 232-240, 1926.

MARGULIS. Zbl. f. d. Gesamte Neurologie, 1927, Bd. 46, pag. 575.

VEDEL et PUECH. Bull. de la Soc. des sciences méd. et biol. de Montpellier, anno 8, fasc. 1, pag. 15-19, 1927.

EUZIÈRE PAGÈS et BREUMOND. Ibid., a. 8, fasc. 1, pag. 19-23, 1927.

BOUCHUT et DECHANNE. Ann. d'anat. pathol. et d'anat. norm. méd. chir., vol. 4, n. 4, pag. 357-372, 1927.

LHERMITTE, JEAN et MAURICE NICOLAS. *Encéphale*, vol. 22, n. 1, pag. 245-262, 1927.

LANG ALFRED. Wien. Klin. Woch., anno 40, n. 14, pag. 433-454, 1927.

TURNER. Zbl. f. d. Ges. Neur. und Psych., vol. 48, pag. 201, 1927.

GEHUCHTEN P. VAN et P. GAUDISSART. Revue d'otoneurol. oculist., vol. 5, n. 7, pag. 541-550, 1927.

NONNE. Zbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych., vol. 49, pag. 179, 1928.

ETIENNE. Annales de Médecine, vol. 22, n. 4, 1927.

HEINZ HERSCHEL. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych., vol. 50, pag. 413, 1928.

HANSE. Ibid., vol. 49, pag. 670, 1928.

ALURRALDE MARIANO MARCELINO J. SEPICH, ecc. Rev. argentina de neurol. psych. y med. leg., a. 1, n. 1, pag. 463-473.

MATSUMOTO. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych., v. 50, pag. 171, 1928.

BALÒ JOSEPH. Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilk., vol. 102, fasc. 5-6, 1928.

ZELASCO ALFREDO BEUGAMIN, ecc. Rev. argentina de neurol. psych. y med. leg., anno 2, n. 7, 1928.

FELSEN JOSEPH. Archiv. of internal. Med., vol. 41, n. 5, 1928.

SILBERMANN. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych., v. 51, pag. 577, 1928.

MINGAZZINI G. Dtsch. Zeitsch. f. Nervenheilk., v. 104, fasc. 1-2, 1928.

WATERFIELD. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych., v. 51, 1928.

TEEMTRA. Ibid., v. 51, 1928.

NONNE M., H. DEMME. Wien. Klin. Woch., anno 41, n. 28, 1928.

HINRICHS. Dtsch. Zeitsch. Nervenheilk., 106, 1-12, 1928.

HÜNERMANN CARL. Arch. f. Kinderheilkunde, volume 83, f. 4, 1928.

FAKTOROVIC. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych., v. 52, 1929.

SILBERMANN. Wien. Klin. Woch., 1928, II, 1487-1490.

KRABBE. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych., v. 52, 1929.

CONFERENZE.

Malattie suppurative del polmone: Relazione su una serie di osservazioni broncoscopiche.

È il titolo di una conferenza fatta da Chevalier Jackson alla Royal Society of Medecine (*Proceedings of the Royal Society of Medec.*, nov. 1930). È difficile dire quando e in quali casi di suppurazione polmonare il broncoscopista può aiutare il medico internista, se si eccettua il caso di un corpo estraneo. In ogni caso di suppurazione polmonare è difficile escludere che la causa sia un corpo estraneo, ed il solo modo per escluderlo è quello di praticare una broncoscopia. La condizione per cui più frequentemente l'internista richiede una broncoscopia è l'ostruzione di un bronco quando l'esame radiologico non permette di precisare la natura dell'ostruzione. La broncoscopia permette di prelevare il pus direttamente dal focolaio suppurativo e di coltivarlo per la preparazione del vaccino. In alcuni casi le cure mediche valgono da sole a vincere una suppurazione polmonare, ma in altri casi questa guarisce solo dopo che sotto la guida del broncoscopio si è fatta l'aspirazione del pus.

Nei riguardi dell'etiologia delle suppurazioni polmonari ci sono parecchie sorgenti di infezione. Le più importanti sono di origine dentaria, tonsillare e dei seni nasali per la inspirazione del contenuto faringeo nella trachea che è normale durante il sonno. La difesa è fatta prima di tutto colla tosse, poi colla ritenzione fra le ciglia e infine colla distruzione degli elementi dannosi per opera delle cellule e degli umori. Certamente l'infezione è fattore etiologico fondamentale, ma essa ha bisogno di altri fattori accessori e precisamente, secondo i vari casi, insufficienza della tosse riflessa, uso di oppiacei e di altre droghe, ostruzione bronchiale, stenosi infiammatoria, atelettasia ostruttiva, tumori benigni e maligni, malattie dei seni nasali, tubercolosi, sifilide, malattia di Vincent, spirochetosi, actinomicosi, adenopatia ed antracosi, asma, polmonite, operazioni chirurgiche.

L'insufficienza della tosse è importante come causa di suppurazione polmonare, ed è strano che, mentre spesso l'internista richiede l'intervento del broncoscopista per stabilire la causa di una tosse di cui non si riesce a stabilire la natura, nessuno chiama per sapere perchè un malato non tossisce. Molte volte dell'assenza di tosse è responsabile il medico che prescrive abbondantemente oppiacei e altri calmanti. La broncoscopia poi permette di rilevare che anche in un malato che per ore ha tossito si trova spesso in qualche punto dell'albero bronchiale un po' di pus che non è stato espulso colla tosse.

L'ostruzione bronchiale che facilita grandemente il prodursi di un processo suppurativo può dipendere da un corpo estraneo e da formazione di tessuti o da ristagno di secrezione che si comporta come un corpo estraneo.

Nonostante il fatto che il pneumotorace artificiale sia un mezzo terapeutico efficace per combattere le suppurazioni polmonari, è certo che l'atelettasia è una delle condizioni che favoriscono queste suppurazioni, e si tratta sempre di atelettasia da ostruzione. Anche lo enfisema da ostruzione può essere importante causa coadiuvante. La stenosi infiammatoria agisce essa pure come causa coadiuvante, e il Jackson riferisce un caso molto dimostrativo in cui si ebbe miglioramento solo dopo che si è proceduto alla dilatazione bronchiale seguìta dall'aspirazione del pus che prima della dilatazione non si era potuta fare.

La presenza di corpi estranei come causa di suppurazione broncopolmonare è cognizione vecchia e da lungo tempo acquisita.

I tumori benigni possono facilitare lo sviluppo di processi suppurativi broncopolmonari col meccanismo dell'ostruzione. I tumori maligni possono agire o nello stesso modo, cioè con ostruzione alla ventilazione e al drenaggio, oppure per la produzione di ulcerazioni che facilmente si infettano.

Alcune suppurazioni compaiono dopo anestesia locale (interventi sulle tonsille) e dopo quella generale. In quest'ultima, secondo il Jackson, non si tratta di un processo suppurativo che segue una polmonite, ma di un processo suppurativo dovuto ad ostruzione per coagulazione di secrezione nei bronchi. Egli, difatti, fece numerose broncoscopie in malati operati di recente, nei quali era stata fatta diagnosi di polmonite postoperatoria, e vide un'atelettasia. La secrezione bronchiale, asportata per rimuovere in questi casi l'ostruzione, si è dimostrata ricchissima di fibrina. La vera polmonite lobare postoperatoria è rarissima, secondo l'A. Esistono poi dei casi di suppurazione polmonare postoperatoria da infarto.

Nella tubercolosi la broncoscopia può essere di aiuto in vari modi: permettendo di asportare secrezione bronchiale aderente fa diagnosticare la lesione della parete bronchiale, permette di prelevare materiale da analizzare direttamente dal focolaio, permette di dilatare dilatazioni bronchiali che non consentono un buon drenaggio. L'A. cita un caso in cui la diagnosi di tubercolosi polmonare fu fatta solo dopo che, tolto del materiale ostruente mediante la broncoscopia, si prelevò del materiale direttamente dal focolai.

Il Jackson vide broncoscopicamente 88 casi di sifilide polmonare. Riscontrò lesioni svariatissime: ulcere, gomme, pericondrite, necrosi condriale, cicatrici, stenosi da compressione, lesioni tutte accompagnate da stenosi bronchiale. In un gruppo di 47 luetici nei quali la cura specifica non aveva fatto migliorare clinicamente lo stato polmonare, l'A. trovò colla broncoscopia 17 volte il cancro, qualche volta stenosi cicatriziale da lesioni sifilitiche guarite, a volte fatti di compressione bronchiale probabilmente da ghiandole mediastiniche. Negli altri casi c'erano lesioni polmonari estese da suppurazione sifilitica di lunghissima durata.

La broncoscopia nella malattia di Vincent ha permesso di scoprire lesioni bronchiali della stessa natura di quelle faringee, e il Jackson illustra ampiamente diversi casi di cui alcuni particolarmente interessanti. Essa è utile anche in casi di attinomicosi e blastomicosi polmonare.

La broncopolmonite migliora rapidamente se colla broncoscopia si aspira la secrezione raccolta nei bronchi. Secondo l'A. la sete di aria che si ha nella polmonite lobare dipende da ostruzione dei bronchi da parte delle secrezioni.

Cerylles e Birnbaum hanno dimostrato che in molti casi la polmonite è primitivamente un'atelettasia ostruttiva che si può togliere coll'aspirazione broncoscopica.

L'adenopatia bronchiale e l'antracosi permettono di rilevare broncoscopicamente i segni di stenosi da compressione.

L'aspirazione della secrezione bronchiale mediante la broncoscopia nell'attacco d'asma dà al paziente un sollievo immediato di durata più o meno lunga. Inoltre vaccini preparati con materiale prelevato broncoscopicamente dànno risultati migliori dei vaccini preparati coll'espettorato. Colla broncoscopia si è potuto notare che più del 90 % degli asmatici hanno lesioni organiche e che molti hanno ostruzione da corpi estranei (e in questi casi non v'era vero asma ma il rumore bronchiale che si ha negli asmatici).

La bronchiettasia è un'altra delle condizioni polmonari in cui la broncoscopia è utile tanto per la diagnosi che per la cura.

La maggiore statistica di broncoscopie il Jackson l'ha negli ascessi polmonari, qualunque sia la loro natura. Molto frequente è l'ascesso polmonare che segue la tonsillectomia. L'aspirazione broncoscopica del pus arresta immediatamente lo svolgersi dell'ascesso. Di 224 pazienti così trattati, in 136 (61 %) si ebbe guarigione, in 32 (13 %) miglioramento, in 24 (11 %) peggioramento o non miglioramento, in 24 (11 %) si dovette ricorrere alla opera del chirurgo.

Negli annegati il rimuovere prontamente con l'aiuto del broncoscopio il liquido contenuto nei bronchi permette di evitare le complicazioni che spesso seguono l'immersione in acqua.

Dal lato diagnostico la broncoscopia nelle malattie polmonari ha la stessa importan-

za che per l'utero ha l'esame collo speculum. La broncoscopia è un sussidio diagnostico che completa l'esame radiologico e permette certi speciali esami radiologici (la prima broncografia è stata fatta col broncoscopio).

Nei riguardi della prognosi la broncoscopia ha permesso di realizzare un progresso enorme: la mortalità per suppurazione polmonare da corpi estranei che prima era del 75 % è scesa al 2-3 %.

Dal lato terapeutico la broncoscopia può essere utile, oltre che nei casi suindicati, anche nell'atelettasia postoperatoria in cui ha un valore di mezzo profilattico notevole.

R. LUSENA.

SUNTI E RASSEGNE.

VIRUS DERMO-NEUROTROPI.

Gli ultravirus provocatori delle ectodermosi neurotrope.

(C. LEVADITI. *Ann. Inst. Pasteur*, dic. 1930).

L'A., già da tempo, ha designato col nome di *Ectodermosi neurotrope* le malattie infettive del sistema nervoso provocate da ultravirus con affinità elettive per i tessuti derivati dall'ectoderma, specialmente per quelli provenienti dalla sua parte invaginata: il nevrasse e le sue dipendenze. Parecchie sono le malattie che si uniscono in questo gruppo: il neurovaccino, l'encefalite letargica, l'herpes sperimentale e lo zoster, la poliomielite, la rabbia, la malattia di Borna e molte neuroinfezioni che interessano specialmente la sostanza bianca (encefalo-mieliti diffuse, sclerosi multiple acute, oftalmo-encefalo-mielite, malattia di Schilder-Foix, encefaliti postinfettive (post-vaccinale), porencefalia, siringomielia, ecc.

Nelle condizioni attuali è impossibile definire la *morfologia* di questi ultravirus; questa denominazione implica l'invisibilità di tali germi, di cui è dimostrata la filtrabilità ed anche l'ultrafiltrabilità. Vi sono però alcuni ultravirus neurotropi che hanno cicli evolutivi, di cui certe fasi sono visibili al microscopio.

Tali sono: 1) la *rabbia* (ciclo evolutivo complesso di cui una delle fasi visibili è data dai corpi di Negri; la sporulazione si compie nei pansporoblasti intracitoplasmici e produce dei germi invisibili e filtrabili);

2) l'*herpes sperimentale* (corpi di Lipschütz nei nuclei dei neuroni e delle cellule corneali, analoghi ai corpi encefalitici di Levaditi);

3) la malattia di Borna (produzioni intranucleari note sotto il nome di corpi di Joest).

Data l'insufficienza attuale delle nostre cognizioni sulla morfologia, ne risulta che il solo mezzo di studio di questi germi consiste nell'inoculazione agli animali da laboratorio. Ma anche per questo si hanno delle difficoltà, in quanto che se la maggior parte delle ectodermosi caratterizzate da alterazioni della sostanza grigia sono provocate da virus inoculabili agli animali da laboratorio, molte neuro-infezioni localizzate nella sostanza bianca sono avirulente. *Sono*, di fatto *inoculabili le seguenti*: encefalite epidemica, erpete sperimentale, malattia di Borna, poliomielite, rabbia; non lo sono: sclerosi acute multiple e disseminate, sclerosi a placche, malattia di Schilder-Foix, oftalmo-neuromielite. Fra le neuro-infezioni miste (polio-leuconevrassite) non sono inoculabili le encefalo-mieliti postinfettive (post-vaccinale), mentre lo è l'encefalomielite epizootica della volpe.

Un posto a parte va riservato alla porencefalia ed alla siringomielia, di cui la natura infettiva era stata già formulata da clinici ed anatomo-patologi ed è stata confermata da esperimenti sugli animali; in alcuni di questi, anzi, la siringomielia può aversi spontaneamente.

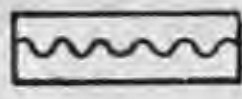
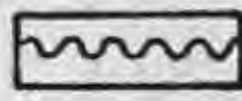
Lo *studio fisico* degli ultravirus basato specialmente sulla filtrazione e l'ultrafiltrazione dimostra che essi sono costituiti da aggregati di sostanza proteica vivente, di cui le dimensioni non sarebbero lontane da quelle degli aggregati albuminoidi che servono di supporto alle proprietà diastasiche ed alle tossine microbiche.

In complesso, però dallo studio morfologico e da quello sperimentale, non si può dedurre nulla di preciso che permetta di definire la natura degli ultravirus neurotropi; soltanto si può affermare che essi si comportano come delle unità di materia vivente capaci di moltiplicarsi all'infinito.

AFFINITÀ - TENTATIVI DI CLASSIFICAZIONE.

L'A., basandosi sulle affinità degli ultravirus per i diversi segmenti dell'ectoderma (ec. propriamente detto — cornea ed epidermide — ed ec. invaginato, origine del nevrasse e degli annessi) ha proposto lo schema che appresso si riporta, da cui risulta che le affinità neurotrope si vanno epurando man mano ci si allontana dai germi neurovaccinale ed erpetico avvicinandosi a quelli della poliomielite e della rabbia. Le affinità per i segmenti esterni dell'ectoderma (cornea e pelle) vanno scomparendo, mentre si accentua quella per il nevrasse. Risulta, in complesso, che maggiore è l'affinità dell'ultravirus per la cornea e la pelle, minore è la sua nocività per il sistema nervoso centrale.

Vi è, quindi, una specie di antitesi fra il segmento esterno dell'ectoderma e la sua porzione invaginata, nel senso che la pelle eser-

cita un ufficio di « parafulmine » per la virulenza nevrassica, fatto che si osserva anche in altre infezioni, come per la sifilide, sebbene questa sia dovuta ad un virus di cui una sola delle fasi evolutive è infravisibile e probabilmente filtrabile.

Un ulteriore studio di questi ultravirus neurotropi dimostra che alcuni di essi, oltre all'affinità generica per il sistema nervoso, ne hanno una *elettiva* per alcune zone del nevrasse, con esclusione delle altre. Trattasi, evidentemente, di territorii di nevrasse, di diverso valore fisiologico e, quindi, di costituzione fisico-chimica diversa.

Così, il virus poliomielitico preferisce anzitutto uno dei segmenti embriologicamente più antichi del nevrasse, le cellule piramidali del midollo spinale.

Così accade per la rabbia. La fase visibile del parassita (*Glugea lyssae*) è costituita dai pansporoblasti (corpi di Negri) e si compie soltanto nel corno d'Ammone e nell'ippocampo. Il germe rabico, che è abitualmente allo stato di unità ultramicroscopiche e filtrabili esige, per la sporulazione, una certa integrità morfologica e funzionale che si trova soltanto nelle cellule nervose del telencefalo. Quando, in seguito a passaggi ripetuti e frequenti, il germe acquista delle facoltà proliferative eccessive, si assiste alla sua trasformazione in *virus fisso*, sprovvisto di pansporoblasti. I corpi di Negri diventano sempre più rari e scompaiono, per il fatto che il germe, moltiplicandosi rapidamente, riesce a trionfare della resistenza dei neuroni telencefalici, sola condizione compatibile con la fase pansporoblastica.

Condizioni analoghe troviamo per il virus erpetico che si attacca essenzialmente a certi neuroni della sostanza grigia dell'encefalo.

Questi esempi mostrano che le affinità degli ultravirus neurotropi, strettamente elettive, possono manifestarsi non soltanto per il nevrasse considerato nel suo insieme, ma anche per alcuni gruppi cellulari di esso, aventi la stessa origine embriogenetica. Il che dimostra che il neurone, dalla sua differenziazione embrionaria e funzionale, porta con sè, oltre ad altre attitudini specifiche, quella di attirare elettivamente questo o quell'ultravirus neurotropo.

In seguito a nuove ricerche, l'A. è poi arrivato alla conclusione che i caratteri clinici, l'evoluzione e le alterazioni istopatologiche di queste neuro-infezioni dipendono anzitutto dalla natura del sistema cellulare che costituisce il nevrasse affetto elettivamente dall'ultravirus.

Tali sistemi cellulari sono costituiti da: 1) neuroni, 2) astrociti (entrambi di origine ectodermica), 3) microglia (mesodermica), 4) oligodendroglia (ectodermica). Quest'ultimo gruppo è costituito da elementi satelliti delle fibre bianche del sistema nervoso centrale, equivalenti alle cellule di Schwann dei nervi periferici, ed ha funzioni di sostegno e trofiche sull'elaborazione dei lipoidi destinati a trasformarsi in mielina ed a rivestire l'axone.

		Affinità cutanea	Affinità corneale	Affinità cerebrale	Affinità midollare
Vajuolo - vaccino					
Gruppo encefalitico	Virus salivare, cheratogeno, herpes				
	Virus salivare dei portatori Virus encefalitico				
Rabbia					
Poliomielite					

Ectodermosi neurotrope.

Da considerazioni sperimentali ed anatomopatologiche, risulta quanto segue:

1) Gli ultravirus neurotropi perfettamente noti, che danno ectodermosi trasmissibili ed inoculabili, hanno affinità elettive per la sostanza grigia (neuronofili, determinanti polionevrassiti): encefalite, erpete, malattia di Borna, poliomielite, rabbia.

2) Gli ultravirus, per lo più non ancora isolati, con affinità elettive per la serie microgliaca ed oligodendrogliaca determinano le ectodermosi della sostanza bianca, le leuconevrassiti (microglio- ed oligodendrogliofili): sclerosi acute multiple, disseminate, sclerosi a placche, malattia di Schilder-Foix (encefalite diffusa periassile).

3) Ultravirus di transizione, che possono essere neuronofili, microglio- od oligodendrogliofili (virus dell'herpes, dell'encefalomielite della volpe, delle encefaliti postinfettive.

Le basi della concezione eziologica delle nevrassiti.

Polionevrassiti. Le osservazioni fatte sulla rabbia, la poliomielite, l'encefalite epidemica hanno dimostrato che il neurone è il primo elemento che attira il germe e che ne subisce l'influenza nociva. Tutte le altre reazioni perineuroniche e vascolo-connettive sono secondarie. La sostanza bianca è, per lo più, risparmiata. Il fatto che queste ectodermosi sono inoculabili agli animali da esperimento dimostra il loro alto grado di virulenza e che, in queste non si ha il fenomeno di autosterilizzazione.

Leuconevrassiti. La demielinizzazione più o meno intensa e disseminata che caratterizza queste ectodermosi procede da due meccanismi, l'uno *infiammatorio* e *lipolitico*, l'altro puramente lipotrofico. Nel primo caso, la mielina è frammentata e poi parzialmente lisata e fagocitata dagli elementi mesogliaci, ed ha, per punto di partenza, il sistema vascolo-connettivo. Nel secondo, la demielinizzazione è il risultato di un disturbo del metabolismo dei lipoidi, con sede negli elementi della oligodendroglia (oligodendrociti).

Anche in questi casi, si tratta sempre di affinità elettiva dell'ultravirus per l'uno o per l'altro elemento.

Ed appunto, in genere, l'affinità elettiva degli ultravirus neurotropi per questo o quel gruppo di elementi cellulari del nevrasse determina il tipo clinico, l'evoluzione ed i caratteri istopatologici distintivi delle ectodermosi neurotrope.

Gradatamente si vengono così chiarendo le nostre idee in questo campo. Molte sono ancora le lacune e le nostre incertezze sulla natura di questi ultravirus, sulla loro morfologia, sulla trasmissione sperimentale, ma bisogna riconoscere che dei progressi sono stati fatti. Due anni or sono, si ignorava ancora l'eziologia ed il meccanismo patogenetico della siringomielia e di alcune forme di sclerosi diffusa, su cui le ricerche fatte all'Istituto Pasteur hanno gettato molta luce. È quindi da sperare che l'avvenire ci fornisca elementi tali da potere, in proposito, completare le nostre nozioni. *fil.*

Zoster, varicella ed encefalite.

(W. Russel Brain. *British Medical Journal*, 17 gen. 1931).

L'herpes zoster è ora considerata un'infezione distinta dall'herpes febrilis.

Il carattere infettivo dello zoster è provato dai seguenti fatti:

l'eruzione è spesso preceduta da disturbi generali, talora da febbre, ed è accompagnata da ingorgo delle glandole linfatiche vicine;

la malattia ha carattere stagionale, molti casi si verificano al principio dell'estate o nell'autunno inoltrato;

sono registrate piccole epidemie di zoster, nelle quali la diffusione per contagio è evidente;

c'è relazione tra zoster e varicella; un individuo sofferente di zoster può trasmettere ad un altro la varicella; più raramente avviene il contrario;

quasi sempre dopo la malattia si ha immunità;

le alterazioni istologiche della pelle e del sistema nervoso hanno carattere infiammatorio.

Queste alterazioni nello stadio acuto sono emorragiche con infiltrazione di mononucleari e polimorfonucleari e degenerazione delle cellule nervose. La degenerazione fibrosa e secondaria si ha solo nei casi gravi.

Sono colpiti i neuromi sensitivi delle radici posteriori, i gangli intervertebrali, nonchè le parti basali della cornea posteriore ed i nervi periferici.

Head e Campbell considerano l'herpes zoster come una malattia acuta specifica del sistema nervoso manifestantesi come una poliomielite posteriore acuta.

Lo zoster può essere sintomatico e idiopatico. Clinicamente ed anatomopatologicamente si tratta di una sola malattia, ma si considera sintomatico quello la cui origine è nota (avvelenamenti: arsenico, ossido di carbonio, etc.; infezioni: tubercolosi, pulmonite, sifilide etc.; neoplasie: carcinoma, sarcoma) ed idiopatico quello in cui la causa è ignota.

Attualmente si ha tendenza ad ammettere che lo zoster sintomatico sia anche etiologicamente identico a quello idiopatico.

I sintomi più caratteristici e più comuni dell'herpes zoster sono le eruzioni cutanee ed i disturbi sensitivi. Ma oltre a questi ve ne possono essere altri in relazione alla localizzazione del processo morboso ed alla partecipazione di altri tessuti.

Si ha così lo zoster oftalmico, lo zoster genicolato, lo zoster con disturbi motori, lo zoster artritico, lo zoster meningitico ed encefalitico.

Lo zoster oftalmico è in relazione a localizzazione del processo nel ganglio di Gasser. L'eruzione può comparire nel campo di distribuzione di tutte o di una delle tre branche del trigemino. Le lesioni più interessanti sono quelle a carico della cornea. La forma può essere accompagnata da paralisi oculomotoria e da neurite del nervo ottico. È importante la diagnosi differenziale con la cheratite neuroparalitica.

Lo zoster genicolato è in rapporto a localizzazione del processo nel ganglio genicolato, il ganglio sensitivo del facciale, corrispondente

al ganglio di Gasser del trigemino. La sua funzione principale è quella di ricevere gli impulsi sensitivi dei due terzi anteriori della lingua a mezzo della corda del timpano, ma manda anche fibre nervose al meato uditivo esterno, alla conca, alle fauci, al palato molle.

Nello zoster genicolato si hanno perciò vescicole all'orecchio e meno spesso alle fauci e dolore all'orecchio, alla regione mastoide con diffusione alle fauci. Si ha inoltre diminuzione della sensibilità nei due terzi anteriori della lingua allo stesso lato. Spesso si ha anche paralisi facciale e talora compartecipazione dell'ottavo nervo con sordità e disturbi labirintici.

Lo zoster con disturbi motori oltre che nella forma genicolata, si può avere nella comune forma midollare. Il processo infiammatorio si può diffondere alle cornee anteriori ed allora si hanno deficit motori nel campo corrispondente al segmento midollare nella cui distribuzione sensitiva si hanno le manifestazioni erpetiche.

Lo zoster artritico è caratterizzato da manifestazioni infiammatorie delle articolazioni corrispondenti alla distribuzione segmentaria dell'eruzione. Il dolore e l'edema sono molto accentuati.

Durante il periodo acuto il quadro clinico è quello di un'artrite comune. È verisimile che le lesioni articolari dipendano da alterazioni nervose analoghe a quelle che determinano l'eruzione cutanea e corneale.

Lo zoster meningitico dipende da una diffusione del processo infiammatorio alle meningi. Si hanno allora insieme all'eruzione erpetica fenomeni di meningismo rilevabili all'esame del liquor ed anche clinicamente (segno di Kernig).

Il processo può anche diffondersi alla sostanza stessa del cervello e del midollo, si ha allora lo zoster meningo-encefalitico e meningo-mielitico.

Le relazioni tra zoster e varicella sono molto intime. Le analogie tra la forma dell'eruzione cutanea delle due affezioni ed alcuni fatti epidemiologici hanno fatto pensare che si tratti di una sola malattia con varie manifestazioni.

È stata verificata la trasmissione per contagio dello zoster da un individuo ad un altro, e così pure per la varicella. Ed è stato anche constatato che un paziente di zoster può trasmettere la varicella. L'evenienza reciproca è più rara. Può avvenire che un caso di zoster può essere seguito da zoster in un contatto e da varicella in un altro.

Lo stesso può accadere per la varicella. Infine lo stesso individuo può avere il caratteristico quadro clinico dell'herpes zoster ed insieme un'eruzione varicellosa diffusa.

Kundratiz inoculò a bambini il contenuto di vescicole di herpes zoster ed ebbe ventisei casi positivi, in alcuni dei quali si manifestò un'eruzione vescicolare generalizzata.

Gli studi di Lange, Netter ed Urbain hanno messo in evidenza che il sangue di pazienti di herpes zoster contiene anticorpi per la varicella e viceversa.

Le statistiche dimostrano che la varicella è più frequente nell'infanzia mentre l'herpes zoster è più frequente negli adulti. Questi sono immuni verso la varicella e si può spiegare che contraggano l'herpes per un indebolimento dell'immunità, indebolimento che per altro consente la ripetizione dell'infezione solo in forma alternata e limitata.

Recentemente è stata portata in discussione la relazione della varicella con alcune forme di encefalite e mielite che compaiono nel corso della varicella. Si tratta della così detta encefalite varicellosa.

I sintomi di compartecipazione del sistema nervoso appaiono tra il quinto ed il dodicesimo giorno dopo la comparsa dell'eruzione cutanea. L'inizio è acuto ed è generalmente caratterizzato da febbre, cefalea, vomito, vertigini e talvolta delirio. Le manifestazioni cliniche possono essere varie a seconda della localizzazione e dell'estensione del processo: meningee, atassiche e cerebellari, tremori, corea e corea-atetosi, diplegia, emiplegia, oftalmoplegia, midollare, coma, ecc.

Manifestazioni cliniche di encefalite possono seguire anche alla vaccinazione antivaiuolosa ed al morbillo.

Queste encefaliti postvaccinali, morbillose e varicellose hanno caratteri clinici e prognosi differenti.

Allo stato dei fatti non può affermarsi se trattasi di processi dipendenti dai virus delle singole infezioni o da un virus unico che dia manifestazioni differenti in rapporto alla differenza delle preesistenti infezioni.

DR.

RADIOLOGIA.

Ricerche immunologiche e biochimiche sull'attività biologica delle radiazioni X e Gamma.

(L. CAPPELLI. *Radiologia Medica*, fasc. 8-9-10-11-12, 1930).

Sotto questo titolo generale l'A. presenta una serie di cinque lavori sperimentali, in cui cerca di approfondire, con metodi immunologici e biochimici, l'oscura attività biologica delle radiazioni a breve onda sulla costituzione dei plasmi viventi.

Nel primo lavoro (*La « radioproteinemia » nell'organismo normale*), l'A. prende in esame la supposta denaturazione proteica per ope-

ra dei raggi, invocata a spiegare sia la sindrome clinica del *mal da raggi*, sia i comuni effetti radioterapici. Partendo dal concetto che proteine denaturate e circolanti debbono esplicare attività antigene, l'A. prepara più conigli con opportune irradiazioni sulla falsariga della tecnica immunitaria, mescolando poi il loro siero (immunsiero) con quello di conigli potentemente irradiati (siero antigene) e prelevato poche ore dopo l'irradiazione. L'assenza di ogni flocculazione induce il Cappelli a ritenere che, durante la irradiazione, mediante onde brevi, nessuna proteina viene così profondamente alterata, da divenire eterogenea all'organismo di cui fa parte, almeno in misura tale da risvegliare uno stato immunitario, rivelabile mediante comuni fenomeni di flocculazione.

In una seconda pubblicazione (*La radioanafilassi nell'organismo normale*) l'A. prosegue l'indagine di cui sopra, studiando comparativamente la siero- e la « radioanafilassi » per mettere in evidenza le eventuali analogie immunologiche e biochimiche. Dalle sue esperienze egli può concludere che la supposta « radioproteinemia » come denaturazione proteica, dall'assenza della caratteristica anafilattica: *la carica*, resta al lume dell'immunologia senza altro ulteriormente sfatata; e che l'insussistenza del fenomeno « radioanafilassi » esclude ancora l'eventuale scissione delle proteine organiche in albumose e peptoni per opera dei raggi.

Un terzo gruppo di ricerche (*Radioproteinemia e radioanafilassi nei cancerosi sottoposti a trattamento radioterapico*) è stato condotto dall'A., sempre col metodo immunologico e biochimico, su malati portatori di cancro e irradiati, affin di stabilire se almeno il riassorbimento di notevoli masse neoplastiche radiosensibili, s'effettuasse sotto forma di proteine, di albumose o di peptoni. Conclusioni: le masse neoplastiche radiosensibili, sottoposte a trattamento radioterapico, non si riassorbono nè sotto forma di proteine, nè di albumose o peptoni (assenza di precipitazioni e di stati allergici), ma sono scisse *in loco* dai poteri enzimatici in aminoacidi e sottoprodotti, e così passano dal sangue negli emuntori per essere eliminate. I termini di « radioproteinemia » e di « radioanafilassi » non hanno più, secondo l'A., ragione di sussistere in radiobiologia, avendo essi compiuto l'ufficio d'ipotesi provvisorie, formulate a spiegare una pura analogia di sindromi cliniche.

Nel suo quarto lavoro (*Sieroanafilassi e raggi. Precipitazione*) l'A. affronta sperimentalmente il problema dell'attività delle radiazioni sulla sieroanafilassi. Dalle sue esperienze risulta ulteriormente confermata l'efficacia attenuante delle radiazioni sulla sindrome fisiopatologica della crisi e dello *choc* anafilattico. Di più emergono i seguenti dati:

1) L'efficacia attenuante delle radiazioni è massima se queste immediatamente susseguono le singole iniezioni preparanti.

2) Nel siero degli animali (conigli) si creano o si accentuano sempre più evidenti, col progredire della preparazione anafilattica, le condizioni fisico-chimiche determinanti la flocculazione.

3) Queste condizioni sono ostacolate e perfino inibite dai raggi.

4) Il fenomeno ha luogo non solo nell'animale, ma anche *in vitro*, rivelandosi così di pura natura colloidale, all'infuori di ogni concorso dell'attività cellulare.

Ora, il progressivo stabilirsi, durante la carica anafilattica, delle condizioni determinanti la flocculazione, e l'efficacia antagonista delle radiazioni su di esse, spiegano l'attività attenuante delle radiazioni medesime sugli stati anafilattici, non che l'inibizione dello *choc*, in cui si verifica un'effettiva prevalenza della coesione micellare, come l'opalescenza dei sieri durante la scarica aveva già dimostrato. Queste esperienze del Cappelli, inoltre, illuminano il meccanismo con cui in via del tutto generica, le radiazioni beneficamete influiscono su quella parte di molte sindromi cliniche, dovuta a fenomeni di sensibilizzazione nel senso più lato.

Una quinta serie di ricerche, condotte sugli animali e sull'uomo (*Anafilassi e raggi. Riserva alcalina*), è stata infine dall'A. dedicata ancora allo studio comparativo della siero- e della supposta radioanafilassi dal punto di vista biochimico. L'ipotesi, secondo cui la carica anafilattica consista nella neutralizzazione progressiva della riserva alcalina, fino a lasciare improtetto il pH, precipitante solo nella crisi o nello *choc*, dalle ricerche del Cappelli non è restata confermata. Anzi, nei sieri irradiati *in vitro*, per quel che concerne la cosidetta radioacidosi, è stata rilevata una tendenza nettamente alcalosica.

Da questo complesso di ricerche sperimentali del Cappelli consegue che l'attività delle radiazioni nell'organismo vivente si esercita e si esaurisce direttamente a carico delle condizioni colloidali dei plasmi viventi, mediante modificazioni di natura puramente fisica (dosi terapeutiche). Solo in secondo tempo, e non più per opera immediata dei raggi, intervengono fenomeni d'ordine chimico: allorchè, cioè, la cellula sopravvissuta provvede alla epurazione e riparazione dei suoi costituenti protoplasmatici alterati, e nei processi enzimatici della citolisi per gli elementi colpiti a morte.

L'A. conclude ritenendo che la dilucidazione delle condizioni determinanti nella ca-

rica anafilattica l'instabilità colloidale dei sieri, potrà *a contrariis* renderci edotti dell'attività biofisica delle radiazioni sui colloidi vitali.

A. S.

Le anemie provocate dai raggi X e dai corpi radioattivi.

(P. LAMBIN. *R. Belge Sc. Méd.*, n. 7, luglio 1930).

Raggi X. L'azione dei raggi X studiata sperimentalmente ha messo in evidenza il fatto che per ottenere un'anemia è necessario usare dosi forti di raggi, e non le dosi stimolanti. L'anemia deve essere messa in rapporto ad un ipofunzionamento del midollo osseo, come causa principale; non è confermata una temporanea distruzione di emazie, perchè se vi fosse un processo emolitico da raggi, si dovrebbero riscontrare altri fattori concomitanti, come l'iperbilirubinemia e l'aumento dell'urobilinuria, ciò che non è riferito in letteratura.

Corpi radioattivi. Essi agiscono nello stesso senso dei raggi X, sul midollo osseo; a dosi minime producono una poliglobulia, a dosi forti un'anemia, con tendenza all'ipercromia, e con leucopenia intensa, dovuta alla distruzione principalmente dei neutrofili.

L'azione dei raggi X studiata sugli organi ematopoietici, sperimentalmente negli animali, è stata anche ricercata negli umani, e sotto due forme: nei radiologi, esposti all'influenza dei raggi per lungo tempo, e nei malati irradiati a scopo terapeutico.

L'organismo umano ha una suscettibilità individuale ai raggi, e ciò è confermato dalle ricerche fatte nei radiologi.

In questi sono state osservate modificazioni a carico dei globuli bianchi, consistenti in leucopenia moderata con linfocitosi relativa, talora eosinofilia, o mononucleosi assoluta, senza leucopenia.

A carico della serie rossa si è notata una iperglobulia moderata, ma in complesso i casi di vera anemia riferiti sono rari.

Le modificazioni che si riscontrano in individui sottoposti ad irradiazioni terapeutiche sono contradditorie, e ciò per diversi fattori: tecnica d'irradiazione, malattia irradiata.

In ogni modo gli AA. concordano in massima nel riconoscere una diminuzione modica delle emazie, a cui raramente si associa una diminuzione dell'emoglobina; ciò indicherebbe che i raggi hanno un'azione inibitrice maggiore sulla formazione degli stromi che su quella dell'emoglobina.

L'azione dei corpi radioattivi sull'ematopoiesi sembra essere analoga a quella dei raggi X; tuttavia sono riferiti casi in cui forti dosi di radium hanno provocato un'anemia, talora grave, la quale è cessata, appena è stata tolta la causa anemizzante; non bisogna però trascurare il fattore individuale, il quale talora oppone una valida resistenza all'azione dei corpi radioattivi.

L'*etiologia* delle anemie gravi che insorgono in seguito all'uso dei raggi X o dei corpi radioattivi deve ricercarsi nella mancanza di precauzioni in coloro che sono esposti a tali agenti.

Sono riferiti casi di anemia gravi dopo iniezioni di torio X; in tali casi non si può negare una speciale predisposizione individuale.

Sintomi. La radiodermite può mancare. Si nota pallore, stanchezza, dispnea da sforzo, tachicardia e palpitazioni; tendenza alle sincopi, cefalee, ronzii d'orecchi. A questi sintomi generali, spesso si associa la necrosi del mascellare; nell'ultimo periodo, l'anemia si complica con fenomeni emorragici ed infettivi.

In questi ultimi casi si ha una febbre intensa, causata dagli stravasi sanguigni o per associazione d'uno stato settico.

Caratteri ematologici. Per quanto riguarda i globuli rossi, sono riferiti casi in cui il numero di essi è sceso fino a 500.000; in media si riferiscono quantità di 1.500.000 globuli rossi. Il valore globulare in tre casi su 12 è stato superiore all'unità, negli altri casi è stato inferiore. Si nota assenza d'indice citologico di rigenerazione.

A carico della serie bianca, la leucopenia è una delle caratteristiche più nette di tali anemie (fino a 850 gl. b.).

Per la formula, si nota linfocitosi importante, con neutropenia; esiste una vera sindrome agranulocitica legata alle radiazioni. Le altre modificazioni non sono costanti e caratteristiche; si può trovare talvolta una reazione mieloide che accompagna una *poussée* eritroblastica.

Anatomia patologica. Il midollo osseo si può presentare sotto due aspetti: o ipoplasico o iperplasico; la milza presenta un'atrofia follicolare, sclerosi ed emosiderosi; atrofia del tessuto linfoadenoide; nel fegato iperpigmentazione delle cellule di Kupfer, talora fibrosi degli spazi periportali.

Per la *patogenesi* dell'anemia da irradiazione, bisogna ricordare che molti elementi la fanno distinguere dall'anemia perniciosa di Biermer.

Il trattamento consiste nel sottrarre la causa anemizzante, e nelle trasfusioni di sangue, che devono essere proporzionate alla gravità delle anemie. Possono giovare come coadiuvanti tutte le medicine, eccitanti dell'ematopoiesi; la sieroterapia ematopoietica, la proteinoterapia non specifica, i ferruginosi e gli arsenicali; la terapia epatica in questi casi ha dato solo fugaci miglioramenti; tuttavia tale nuova terapia dev'essere sperimentata su più vasta scala, per poterne giudicare l'effetto.

L. CARUSI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

M. PERGOLA. *La difterite*. Un vol. in-8°, di 126 pagg., con 49 figg., in nero ed in colori, su tav. (Trattato italiano di Igiene). - Unione tip. ed., Torino, 1930.

A nessuno meglio che al prof. Pergola, che da tanti anni si occupa della difterite con la passione e la competenza che ognuno gli riconosce, poteva essere affidata la trattazione di questo argomento, che egli, in questa monografia del noto Trattato di Igiene, svolge a fondo, lumeggiandone i tratti caratteristici.

Ai capitoli riguardanti i cenni storici, le forme cliniche e l'epidemiologia, seguono quelli sullo studio del bacillo difterico, sui veicoli e sulla resistenza di questo, nonchè sulle condizioni che influiscono sulla recettività individuale alla difterite.

In una seconda parte, è trattata la profilassi: segnaliamo in questa i preziosi consigli forniti a proposito dell'accertamento per cui risultano tanto utili ed elettivi i mezzi proposti dall'A. Questi si occupa poi della disinfezione, dell'inchiesta epidemiologica, dell'uso del siero, dell'apprezzamento della recettività individuale e della profilassi scolastica ed individuale.

Numerose carte dimostrative sull'epidemiologia, belle tavole colorate riproducenti i terreni di coltura di Pergola, lo sviluppo su di essi del bacillo difterico, le reazioni di Schick, ecc. illustrano ed integrano la trattazione del testo. *fil.*

B. HOHENADEL e M. H. KUCZYNSKY. *Der Erreger des Gelbfiebers, Wesen und Wirkung.* Un vol, in-8°, di 191 pagg., con 158 figg. - J. Springer, ed., Berlin. Prezzo RM. 24.

Sul tormentato problema dell'eziologia della febbre gialla che, volta a volta, si è creduto risolto e che poi è ripiombato nel buio, gli AA. portano un ampio contributo, dovuto alla collaborazione di parecchi studiosi, alcuni dei quali sono stati anche colpiti dall'infezione. Il lavoro compiuto non è d'indole puramente batteriologica, ma investe tutti i lati del problema, specialmente la fisiologia patologica.

Gli AA. identificano l'agente eziologico in un bacillo a cui dànno il nome di B. hepatodystrophicans, che sono riusciti a coltivare e con cui hanno riprodotta la malattia nelle scimmie (Rhesus). In queste, talora, la malattia assume un decorso abnorme, che può avere notevole importanza anche per l'epidemiologia nell'uomo.

È stata studiata a fondo la trasmissibilità e sono stati fatti tentativi, che sembrano abbastanza riusciti, di immunizzazione, indagando altresì l'infettività delle zanzare.

Caratteristica della malattia è soprattutto la lesione epatica, con abbassamento della glicemia, per cui la febbre gialla viene definita come una epatodistrofia glicopriva, acuta, infettiva.

Lavoro di notevole importanza, di cui i risultati potranno essere confermati da coloro che hanno occasione di studiare questa malattia, così importante e grave nei paesi che ne sono colpiti. *fil.*

C. SAVAS e J. P. CARDAMATIS. *Ligue antimalarienne hellénique.* Un vol. in-8°, di pagg. 176. - Tipografia francese « Le progrès », Atene.

La malaria è molto diffusa in Grecia; le statistiche del primo decennio di questo secolo dimostrano che su 445 comuni, soltanto 29 potevano considerarsi immuni da malaria e che la morbosità media è del 30 %, essendo compresa in 76 comuni fra 51 e 100 per 100. Le guerre, iniziatesi nel 1912 e continuate per un decennio hanno poi aggravata la situazione.

Per combattere questo flagello, si è fondata, nel 1905, la Lega ellenica antimalarica (di cui sono attualmente presidente il Savas e segretario generale il Cardamatis) esplicò in vari modi la sua attività, foggiata in gran parte sull'esempio dell'Italia. Il presente volume fornisce il resoconto dell'attività di tale Lega e presenta un grande interesse per chiunque si occupi dell'argomento. Sono specialmente da segnalarsi gli studi del Cardamatis, ispettore per il paludismo, sulla malaria in Tracia, in Macedonia, nell'Epiro. Fra le proposte avanzate ricordiamo quella di introdurre la coltura dell'albero della china, in Grecia.

fil.

Berliner Klinik, anno XXXVII, fasc. 418, pag. 18. Edit. Kornfeld. Lipsia, 1930. Mk. 1.

In questo fascicolo Boenheim ha raccolto brevemente le nozioni più importanti di opoterapia. Senza uscire dai limiti di un breve fascicolo, il lettore vi troverà aggiornati i più recenti criteri opoterapici anche rispetto a malattie in cui l'esperienza di questo metodo è ancora recente e i risultati spesso discussi.

P. VALDONI.

Berliner Klinik, a. XXXVII, fasc. 419, pag. 30. Edit. Kornfeld. Lipsia, 1930. Mk. 1.

Questo fascicolo contiene un lavoro di Siebert sull'innalzamento del diaframma con speciale riguardo al problema del giudizio medico-legale. Dopo una descrizione precisa del reperto radiologico, l'A. passa in rivista le

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

cause dell'innalzamento diaframmatico, ne illustra i sintomi e ne discute la diagnosi e la cura.

Alcuni casi clinici illustrano ampiamente l'esposizione teorica. P. VALDONI.

S. H. DAUKES. *The Medical Museum. Modern developments, organisation and technical methods.* Un vol. in-8°, in 164 pagg., con 44 tav. fot., rilegato. - The Wellcome Foundation, London.

La necessità di adatti musei di medicina si fa sempre più sentire col frazionamento sempre maggiore della nostra scienza. L'insegnamento che essi offrono è certamente meno faticoso e più proficuo che quello fatto sui libri, almeno per ciò che riguarda le linee generali, senza contare che, p. es., per una malattia cutanea, vale assai più un'occhiata ad un modello, che la lettura di una lunga descrizione; lo stesso si dica per i preparati anatomo-patologici, per i diversi strumenti, ecc.

Ma l'arte di conservare e soprattutto quella di ben presentare le collezioni di un museo non è semplice; esige lunga esperienza e fine conoscenza della mentalità degli studiosi e del pubblico in genere, arte ben nota al Daukes, che è direttore del Welcome Museum of medical science di Londra.

Ed i consigli che egli fornisce in questo libro sono preziosi: la disposizione generale e delle singole sezioni, il modo di utilizzare le pareti, le finestre, l'applicazione di indicazioni descrittive, il modo di preparazione e di conservazione del materiale, ecc. Segue una ricca bibliografia ed una serie di numerose fotografie di sale e di riparti del Welcome Museum.

È da augurarsi che l'esempio e gli ammaestramenti dell'A. trovino eco in Italia e si provveda a formare, anche da noi, un tale ottimo strumento di insegnamento e di divulgazione della coltura per studenti e medici.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta del 27 dicembre 1930.

Prof. S. BAGLIONI, vice-presidente

Esiste una leucemia eosinofila?

Prof. A. OMODEI-ZORINI. — L'O. illustra il caso di un malato affetto da un versamento pleurico recidivante, ed apiretico, accompagnato da dolori toracici intensi, evidente reticolo venoso ed eosinofilia fino al 54 % col 6 % di mielociti eosinofili. Discute le diagnosi differenziali fra un tumore pleurico, un morbo di Hodgkin ed una leucemia eosinofila. In base ad argomenti di diverso ordine l'O., per quanto non sia stato possibile avere il reperto autoptico alla morte dell'ammalato, che sopravvenne in seguito ad empiema da stafilococco, si pronuncia in favore di un tumore pleurico in soggetto che con probabilità era costituzionalmente eosinofilo (reperto di eosinofilia in un consanguineo). Passa poi in rivista la letteratura sulla presente leucemia eosinofila, esprime i propri dubbi sulla reale esistenza di una tale emopatia.

Crasi sanguigna e stato funzionale del circolo.

Prof. G. MELDOLESI e A. DE ORCHI. — Gli OO. comunicano, in un primo contributo, le modificazioni della crasi sanguigna (serie rossa) osservata in rapporto a stati diversi di funzionalità circolatoria. Materiale di osservazione: 88 soggetti, dei quali 3 normali e 85 affetti da disturbi circolatori. Di questi ultimi, 36 osservati più volte, in condizioni diverse.

In ogni osservazione sono stati determinati, nel sangue arterioso e nel sangue venoso, il numero delle emazie, il loro volume (ematocritico), il contenuto emoglobinico (metodo gasometrico).

Nei soggetti normali il sangue venoso dimostra maggior numero di emazie, maggior contenuto di emoglobina, maggior valore ematocritico; questi valori sono sempre fra loro in proporzione. Tale proporzione invece si altera nei malati di circolo. Per taluni casi può valere la legge emodinamica che il rallentamento della circolazione periferica tende ad ispessire il sangue venoso; però non in tutti, in quanto si può spesso osservare, sopratutto nei miocarditici, accelerazione della circolazione periferica e prevalenza della vena in rapporto al numero di emazie. Invece nel M. di Flajani-Basedow, con accelerata circolazione periferica, i dati arteriosi e venosi tendono ad eguagliarsi. Dallo scompenso al compenso, sopratutto sotto l'influenza terapeutica della digitale, tende a diminuire tanto la prevalenza venosa proporzionale, quanto anche il valore numerico sia dell'emoglobina, sia delle emazie, tanto nella vena quanto nell'arteria. Questi dati si invertono quando ricompaia un nuovo scompenso, sia questo anche dato da un sopradrenaggio digitalico. In qualche caso di ipertensione arteriosa, si è osservato prevalenza dei valori arteriosi su quelli venosi. Il valore ematocritico di solito varia in proporzione con gli altri dati, a meno che non esistano disturbi del ricambio idrico: in presenza di edemi e trasudati, esso è superiore nell'arteria, pur essendo in questa minore. In proporzione il numero dei globuli diventa notevolmente superiore nella vena quando gli edemi e i trasudati si mobilizzano. Fatti questi da riferirsi a idropi delle emazie. Data tale differenza nella

composizione del sangue nei diversi territori dimostrata da tali ricerche, gli OO. ritengono assolutamente inadatti gli attuali metodi, sia colorimetrici, sia gasometrici, per la determinazione della massa sanguigna circolante nei cardiopazienti. Esperienze eseguite dagli OO. sui loro P. sia col metodo colorimetrico (rosso-congo), sia col metodo gasometrico (O. O.), conducevano a risultati completamente diversi a seconda che, per il controllo, veniva preso il campione del sangue dall'arteria o dalla vena.

Equilibrio acido-base del sangue e stato funzionale del circolo.

Prof. MELDOLESI e PONS. — Gli OO. hanno studiato in 221 casi il rapporto per R. A. e cardiopatie. Nel sangue venoso una diminuzione di R. A. è stata osservata solo in rari casi di scompenso, nei quali vi era un tipico aumento del metabolismo basale. Nel confronto fra sangue arterioso e sangue venoso, studiato in 221 casi, dei quali 34 seguiti in parecchie osservazioni successive, si è dimostrata una netta prevalenza della R. A. venosa nei casi normali e nei cardiaci compensati. Nei cardiaci compensati i rapporti sono diversi: la differenza fra i due valori è maggiore che di norma, nel senso di una più accentuata prevalenza venosa. Quindi vi è un rallentamento periferico della circolazione (maggiore utilizzazione); essa è minore nel caso opposto. Nei casi di scompenso, si sono osservati comportamenti diversi: prevalenza dei valori arteriosi, esagerazione della prevalenza venosa, uguaglianza dei due valori: nessun rapporto è stato possibile agli OO. di stabilire fra questi fatti e le differenze di utilizzazione periferica. Costante è il fatto che, nel ricompenso, i due valori di riserva alcalina tendono a riportarsi verso il rapporto che è tipico, individuo per individuo.

Accorgimenti clinici ed operativi per la diagnosi dei tumori del rene.

Prof. R. ALESSANDRI. — Dal punto di vista diagnostico, allorchè la sintomatologia non parla chiaramente, l'O. illustra il vantaggio che si ha ricorrendo non soltanto alla pielografia, metodo ormai diffuso, ma altresì al pneumorene ed al pneumoperitoneo, procedimenti che a torto non sono conosciuti come meritano, e dai quali l'O. ha tratto notevoli vantaggi in circa 150 applicazioni.

Quanto alla tecnica operatoria, l'O. insiste sulla opportunità di eseguire una larga breccia, con eventuale resezione della 12ª e talora della 11ª costa, onde poter dominare subito la vena renale ed allacciarla prima di ogni manualità, allo scopo di impedire il distacco di eventuali trombi neoplastici che spesso la invadono, e la conseguente metastasi da emboli neoplastici.

Proiezioni molto dimostrative e pezzi anatomici completano la interessante comunicazione.

Il Prof. MARGARUCCI si associa completamente ai concetti operatori del Prof. ALESSANDRI, riconoscendo la necessità di dominare subito la vena renale che spesso è sede di trombi neoplastici.

Sull'ematuria nelle appendiciti.

V. Dott. LOZZI. — Dopo aver prospettato brevemente alcune generalità sulla questione, l'O. parla di tre casi di ematuria nella appendicite osservati nella Clinica Chirurgica di Roma e si sofferma sopratutto sopra un caso personale nel quale l'ematuria era di origine uretrale, per diffusione del processo morboso all'uretere.

Non essendo presente il dott. Pezzeri, il vicepresidente prof. BAGLIONI dichiara esaurito l'ordine del giorno, e toglie la seduta inviando al prof. Ascoli i migliori auguri per il nuovo anno e per una pronta guarigione. L'Accademia tutta si associa. *Il Segretario*: V. PUNTONI.

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Seduta del 29 gennaio 1931.

Il bisturì elettrico in chirurgia ed in modo particolare in chirurgia gastro-intestinale.

Prof. GIOVANNI CAVINA. — L'O. riferisce i primi risultati della propria esperienza su circa un centinaio di interventi praticati finora nello Spedale di S. Giovanni di Dio con il bisturì elettrico, nuovo strumento di cui da brevissimo tempo si è arricchita la chirurgia e che con ogni probabilità è destinato a rappresentare un grande progresso nella tecnica operatoria moderna.

Del nuovo apparecchio esamina i vantaggi e gli svantaggi e passa quindi a considerare le principali indicazioni: cura dei processi settici, exeresi dei tumori maligni, operazioni sullo stomaco e su l'intestino. Conclude affermando che l'elettro-chirurgia nei casi indicati riesce di notevole e prezioso aiuto al chirurgo, rendendo l'intervento più facile, più spedito, più perfetto, contribuendo e sì in misura non trascurabile a migliorare la prognosi post-operatoria.

Su di un caso di mielosi eritremica normoeritroblastica con porpora.

Dott. FRANCO FORTI. — L'O. riferisce di un'ammalata venuta a morte dopo circa due mesi di una malattia, iniziatasi con manifestazioni emorragiche cutanee a tipo Werlhof e con metrorragie profuse e persistenti, fenomeni ai quali si era in seguito accompagnata febbre irregolare con brivido; gli unici fatti clinicamente potuti costatare, erano rappresentati dal modico ma netto ingrandimento degli organi ipocondriaci e dall'esistenza di un'insufficenza mitralica; negativi tutti gli esami di laboratorio. L'esame del sangue, in una prima fase della malattia, nulla di particolare aveva rivelato all'infuori di una notevole diminuzione dei globuli rossi; gli strisci invece, prelevati negli ultimi giorni di vita della paziente, con i gravi fenomeni degenerativi a carico della serie rossa e la presenza in forte percentuale di elementi immaturi eritroblastici, avevano permesso di constatare il progressivo e rapido sviluppo di un quadro tipicamente eritremico. L'O., discussa brevemente la diagnosi differenziale, confronta le caratteristiche ematologiche del suo caso con quelle dei casi di mielosi eritremica precedentemente resi noti, e infine, dato il decorso della malattia e la particolare modalità con la quale le alterazioni del quadro sanguigno periferico si erano manifestate, prospetta l'eventualità dell'esistenza di mielosi eritremiche a decorso totalmente aneritremico o con fase preeritremica più o meno lunga analogamente a quanto avviene per le mielosi leucemiche.

Metastasi post-traumatica all'epifisi inferiore del femore da carcinoma gastrico.

Dott. GIUSEPPE SCOTTI. — L'O. descrive un caso di metastasi ossea da carcinoma gastrico. Egli fa rilevare come l'osservazione sia interessante e dal punto di vista clinico per la sua infrequenza e dal punto di vista medico-legale per il suo diretto rapporto con un trauma.

Proff. L. PICCHI-P. NICCOLINI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA

Sulla funzione ureo-secretoria degli ipertesi.

Richard e Roesch (*Journ. Méd. Franç.*, ottobre 1930) riportano una statistica di circa un migliaio di ipertesi, esaminati dal punto di vista della funzione ureo-secretoria. Dai casi studiati furono eliminati tutti i malati che si trovavano in istato di insufficienza cardiaca clinicamente apprezzabile ed anche i renali conclamati, con forte albuminuria o un tasso di urea superiore ad un grammo; ugualmente non figurano nella statistica gli ipertesi di età avanzata, arteriosclerotici. La statistica comprende quindi dei casi di ipertensione solitaria, criptogenetica, in malati relativamente giovani (da 40 a 60 anni).

La pressione arteriosa fu misurata con il metodo vibro-palpatorio, controllato dal metodo ascoltatorio.

Gli AA. hanno studiato se esiste un rapporto fra il tasso dell'ipertensione ed i disturbi dell'eliminazione ureica. Essi hanno trovato che nel 23.4 % dei casi di ipertensione la costante di Ambard è normale; normale è la costante ancora nel 14.5 % dei casi in cui la pressione massima è superiore a 25. Nell'insieme si constata una evoluzione parallela delle cifre della pressione e della costante, ma questo rapporto è lungi dall'essere assoluto e non potrebbe essere invocato in favore della teoria renale dell'ipertensione.

Nel 40.5 % dei casi, le cifre della costante restano sensibilmente uguali da un anno all'altro, la qual cosa sembra agli AA. un argomento di prim'ordine in favore della fedeltà di questo metodo di ricerca.

Nel 24.5 % dei casi vi è miglioramento delle cifre della costante, mentre si riscontra un aggravamento di queste cifre nel 35 % dei malati. Queste modificazioni corrispondono in genere all'evoluzione clinica. Gli AA. ritengono che queste variazioni non possano essere considerate come dipendenti unicamente da un fattore puramente renale, ma nello stesso tempo, e sopratutto, dallo stato funzionale del miocardio. C. TOSCANO.

Sul ricambio dell'acqua nelle dermatosi.

In tutte le dermatosi clinicamente caratterizzate dalla presenza di accentuati fatti essudativi e da una notevole diffusione su l'ambito cutaneo, qualunque sia la morfologia e l'etiologia delle dermatosi stesse, il ricambio dell'acqua, osserva I. K. Mayr (*Münch. med. Woch.*, 1930, n. 27), è caratterizzato da una diminuzione dell'eliminazione renale e da un aumento di quella extrarenale. Analogamente la ritenzione di cloruro di sodio che si ha nel pemfigo non è che apparente, corrispondendo alla diminuita eliminazione del cloruro di sodio per via renale, ormai ammessa dagli autori come caratteristica per il pemfigo stesso, un aumento del cloruro di sodio eliminato per via cutanea. MONACELLI.

SEMEIOTICA.

Vomiti periodici con acetonemia e vomiti a ripetizione per stenosi duodenale.

A. B. Marfan (*Presse Méd.*, 7 dic. 1930) espone succintamente la malattia dell'infanzia nota sotto il nome di vomiti ciclici con acetonemia, e tratta delle diverse concezioni patogenetiche proposte a spiegazione.

Dopo aver parlato della ipotesi patogenetica per cui le crisi di vomito sarebbero l'esponente di crisi acute di una appendicite cronica, ipotesi che non trova appoggio nei risultati dell'esperienza, passa a parlare di una nuova teoria che va delineandosi in seguito alla pubblicazione di P. Duval e Roux J. C. ed a quelle di molti altri AA.

Il Duval ha pubblicato il caso personale di una bimba di 10 a. sofferente di vomiti ciclici, operata di appendicectomia senza ritrarne beneficio. La paz. studiata radiologicamente durante una delle crisi successivamente avute dimostrava avere una stenosi determinata dalla corda mesenterica, in corrispondenza della III porzione del duodeno. Le crisi finirono completamente dopo questa osservazione mettendo la paz. in decubito prono od in posizione genu-pettorale.

Pubblicazioni di questo genere sono state anche fatte da autori americani (Hayes e Shaw) (in cui il duodeno era strozzato dalla corda mesenterica o da aderenze): dal Camera al Congresso di Pediatria; dal Pacchioni e da diversi altri.

L'A. si preoccupa che si vada incontro all'errore di considerare tutti i casi di vomiti ciclici dell'infanzia come espressione di un fatto organico a carico del duodeno.

Egli non nega che si possa trattare di questo in mclti casi, ma afferma ancora che non è certo che di questo possa parlarsi in molti altri.

L'A. mette in rilievo il sintomo acetonemia riscontrabile nell'urina sotto forma di corpi acetonici e nel particolare alito di questi pazienti. Egli fa notare che mentre l'alito acetonico e l'acetonuria sono precoci e precedenti la crisi nei veri vomiti ciclici essenziali, sono tardivi nei casi dovuti a stenosi duodenale.

L'A. mette in rilievo il fatto che la gran parte di questi vomiti ciclici finiscono spontaneamente e completamente verso gli 11 o 13 anni: che è possibile dominarli medicalmente con la somministrazione di bicarbonato so-

dico e sostanze amidacee e zuccheri ed escludendo i grassi ed i proteici.

L'A. si domanda come si possano mettere in relazione questi fatti con una stenosi duodenale ove questa fosse sempre il fattore patogenetico dei vomiti ciclici.

L'A. propone una disamina accurata di questi piccoli sofferenti di vomiti periodici, compreso l'esame radiologico durante e dopo la crisi, senza andare con presupposti teoretici assoluti.

A noi pare giusto ancora far notare quanto lo stesso A. suggerisce, vale a dire di mettere senz'altro in posizione genu-pettorale il paz. e constatare se il vomito cessa o no.

G. D'ANNEO.

L'ileo riflesso nel corso della calcolosi reno-ureterale.

D. Dénéchau e Prieur (*Presse Médic.*, n. 69, 27 agosto 1930), sotto questo titolo, vogliono intendere un insieme di sintomi che appaiono nel corso della calcolosi reno-ureterale e che riproducono il quadro dell'occlusione intestinale.

I sintomi sono rappresentati dal dolore, i vomiti, l'arresto delle materie fecali e dei gas, turbe disuriche e vescicali. Solo una diagnosi esatta permette di temporeggiare; ma questa è quasi sempre difficile. Come riconoscere la origine riflessa renale? Gli AA., dalle osservazioni personali e dai casi riportati nella letteratura hanno potuto rilevare che nell'ileo riflesso l'esordio è brusco e sempre sotto l'influenza d'uno strapazzo, il dolore precede spesso di qualche ora l'arresto delle feci e del gas, poi il quadro dell'ileo paralitico. Dopo si può notare, per l'emissione di gas, un miglioramento che è segnato da un aggravamento spontaneo. Infine l'assenza d'uno stato suburrale delle vie digestive superiori, dei vomiti fecaloidi ed uno stato generale relativamente buono possono permettere spesso a far risalire alla vera causa l'ileo paralitico o spastico osservato.

Circa la patogenesi si può dire che l'intestino ed i reni, avendo un'innervazione comune (plesso solare, lombo-aortico e renale) per l'irritazione prodotta da un calcolo nella sua migrazione nell'uretere, può essere eccitato il plesso peri-reno-ureterale e per i nervi mesenterici provocarsi un riflesso reno-intestinale a volte con paralisi, a volte con spasmo dell'intestino.

Il trattamento si riassume nel calmare i dolori e cercare di eccitare la peristalsi dell'intestino con lassativi e lavaggi dolci.

La sindrome dell'ileo riflesso è importante conoscere per evitare un intervento sempre inutile e quasi sempre dannoso, intervento che sembra talvolta imporsi davanti all'intensità ed alla gravità del caso. BUCCI.

CASISTICA E TERAPIA.

La tricomoniasi vaginale.

Secondo D. Furniss (*Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, luglio 1930) molte vaginiti sarebbero causate da questo parassita.

L'A. ne ho osservati 35 casi in donne di tutte le età, nubili e maritate, e sempre la flogosi si iniziò in modo acuto, persistendo poi per periodi di tempo assai variabili da un soggetto all'altro.

Il miglior trattamento sarebbe rappresentato dalle irrigazioni con bicloruro di mercurio 1:4000, alla temperatura di 38° C. due volte al giorno per la prima settimana, ed una sola volta in seguito. In tal modo 24 casi sarebbero guariti completamente.

La patogenesi dell'affezione sarebbe oscura. In ogni modo il parassita non oltrepassa la vagina, venendo ucciso dall'ambiente alcalino del canale cervicale.

W. H. Cary (*Ibid.*) avrebbe trovato più giovevole la pennellatura della vagina e delle parti vicine con nitrato d'argento 2:100, tenendo la paziente in posizione genu-pettorale, ordinando poi irrigazioni giornaliere di sublimato e di lisolo.

F. C. Holden (*Ibid.*) dichiara che il disturbo fondamentale, nei casi a lui occorsi, fu rappresentato dalla leucorrea, la quale era stata spesso interpretata come gonococcica.

In varie donne, poi, questi riscontrò erosioni della cervice, che furono causticate.

M. FABERI.

Vaginite da Trichomonas vaginalis.

La leucorrea è il sintoma più comune nelle affezioni ginecologiche e, quando è di origine vaginale, è molto resistente alla cura e gli strisci del secreto vaginale non illuminano l'etiologia. Nella maggioranza dei casi dipende da vaginite prodotta dal trichomonas vaginale e sebbene da un secolo quest'osservazione sia stata fatta dal Donné non si sono portate da allora nozioni nuove notevoli in questo campo. Si discute ancora se il trichomonas vaginalis sia parassita o saprofita. Secondo i vari autori la frequenza con cui si trova il trichomonas oscilla dal 5 al 50 % dei casi esaminati. Esso non fu mai trovato prima dell'inizio delle mestruazioni, ma fu trovato spesso durante la gravidanza e la menopausa. Raramente si trova nelle urine di donne e di uomini. C'è un solo caso di pielite e cistite da trichomonas, e pochi casi di uretrite e prostatite in individui nella vagina delle cui mogli c'era questo organismo.

Sophia Kleegman (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, ott. 1930) riferisce su 78 casi. I sintomi sono così caratteristici che spesso si può fare la diagnosi solo coll'anamnesi. Il sintoma più appariscente è una leucorrea irritante, di cattivo odore, accompagnata da prurito che

spesso disturba il sonno. La dispareunia è sintoma frequente. I sintomi urinari sono relativamente poco frequenti. Se l'ammalata non è stata curata all'esame si trova una vulvite acuta con secrezione spumosa fra le labbra. Spesso c'è dermatite delle cosce. La vagina è infiammata (vagina fragola) e sanguina se toccata. La mucosa cervicale è rossa, spesso c'è un'erosione cervicale eccentrica. La vagina contiene secrezione gialla o bianca spumosa. Il canale cervicale non è colpito. In 4 casi furono notati condilomi. Le ghiandole di Skene erano colpite in 2 casi. Il reperto di uno striscio esaminato a fresco è questo: grande numero di cellule di pus, poche o assenti le cellule epiteliali e in ogni campo numerose tricomonadi in movimento.

Clinicamente si può confondere questa forma di vaginite colla gonorrea, ma in questa il reperto dello striscio fa fare la diagnosi.

Sebbene *in vitro* sia facilissimo uccidere il trichomonas coi comuni disinfettanti e col calore, pure clinicamente riesce difficile tanto che secondo alcuni non esistono guarigioni. L'A. usò dapprima il metodo di Holden: lavare la vagina con tintura di sapone verde, asciugare e pennellare con mercurocromo al 2 %, riempire la vagina di caolino e tenerlo in sito con un tampone. Dopo 24 ore, levato il tampone, si fa una lavanda con sapone verde e vi si soffia della polvere con un insufflatore vaginale.

Così si allontanano i sintomi solo per il tempo che si continuano le applicazioni. Il metodo che ha dato il miglior risultato è il seguente: lavare la vagina con tintura di sapone verde, asciugare e bagnare con forza la vagina con acido pirolegnoso, riempire la vagina con alcuni batuffoli di lana di pecora imbevuti di pasta di Lassar. Questo si fa sul principio tre volte la settimana, poi si dirada e si continua la cura per 6-8 settimane. Si deve considerare l'ammalata guarita solo se la guarigione dura da 4 mesi. I risultati ottenuti con questo metodo sono superiori a quelli ottenuti da altri autori (*però non è indicato nessun dato percentuale in proposito. N. d. R.*).

R. LUSENA.

Influenze endocrine sulla mestruazione.

L'età della mestruazione dipende da fattori costituzionali, come pure il loro ritmo e la loro durata poi. Tra questi fattori hanno importanza alcune ghiandole a secrezione interna e precisamente l'ovaio, l'ipofisi e la tiroide. Pel pancreas Josslin ha messo in evidenza l'effetto depressivo del diabete sulle mestruazioni e la loro regolarizzazione colla cura di insulina.

Il Rowe (*Endocrinology*, luglio-agosto 1930) ha studiato il rapporto fra disturbi mestruali e ghiandole a secrezione interna e malattie non endocrine. Dalle sue osservazioni risulta che nelle caucasiche residenti in America si deve ritenere come limite massimo normale per l'inizio delle mestruazioni l'età di 16 anni, che quando c'è un ritardo di quest'inizio bisogna per lo più imputarne la colpa ad una disfunzione della pituitaria. Tutte le endocrinopatie producono irregolarità del ritmo mestruale con prevalenza dell'aumento dell'intervallo. Solo la tiroide, può provocare maggiore frequenza del ritmo. Per quanto riguarda la quantità del flusso mestruale nelle endocrinopatie c'è la tendenza ad avere un flusso meno abbondante.

R. LUSENA.

Disordini funzionali delle mestruazioni con osservazioni sull'organoterapia.

Le anomalie della quantità e del ritmo del flusso mestruale sono spesso associate ad alterazioni anatomiche ben definite degli organi pelvici, ma certamente ci sono disturbi delle mestruazioni che non possono spiegarsi con alterazioni anatomiche e che si devono ritenere puramente funzionali. Essi, indipendentemente dal quantitativo del flusso, possono presentarsi con disturbo riguardante il tempo e dare mestruazione troppo frequente (polimenorrea) o troppo rara (oligomenorrea).

L'amenorrea e l'ipomenorrea funzionali possono essere costituzionali (tubercolosi, avitaminosi) e endocrinopatiche (ipogonadali, da deficienza pituitaria anteriore, da iper- o ipotiroidismo). Nelle forme endocrinopatiche l'amenorrea non è che un sintoma di un'alterazione del sistema endocrino che si potrà diagnosticare colle ricerche appropriate.

Per quanto riguarda la terapia di questi disturbi funzionali endocrinopatici delle mestruazioni il Novak (*The Journ. of the Amer. Assoc.*, 25 ott. 1930) ritiene che la somministrazione per via orale di preparati ovarici è inefficace. Anche l'uso dell'ormone follicolare per via ipodermica non dà sempre risultati clinicamente apprezzabili e questo si può spiegare col fatto che non tutte le amenorree ed oligomenorree funzionali sono accompagnate da deficienza dell'ormone follicolare, perchè anzi qualche volta ce n'è in eccesso. Anche la somministrazione dell'ormone follicolare per via nasale e per supposte vaginali ha dato risultati poco soddisfacenti. L'uso di estratto del corpo luteo si è dimostrato più efficace, ma solo se la somministrazione è stata preceduta da quella di ormone follicolare. Molto promettente appare invece l'uso di preparati di pituitaria e più precisamente del lobo anteriore, però secondo l'A. questo dipende non dall'estratto di pituitaria per sè, ma dall'estratto tiroideo che spesso si associa ad esso. L'estratto tiroideo è, secondo il Novak, il miglior trattamento dell'amenorrea funzionale.

Per quanto riguarda l'ipermenorrea, essa è legata ad iperplasia dell'endometrio da disturbo della funzionalità ovarica. Ma vi si possono

associare disordini pituitarici, e gli estratti di questi organi devono essere usati nella terapia di questa disfunzione mestruale.

R. LUSENA.

Trattamento della tubercolosi genitale della donna.

Kermauner (*Wien. Klin. Woch.*, n. 41, 1930) ricorda che la malattia è ritenuta rara, malgrado già Hegar nel 1885 vi avesse richiamato l'attenzione. In realtà la sua diagnosi è assai difficile; e l'A. lo dimostra — in base ad una statistica di 92 casi, da lui studiati. Tra questi, solo poche volte fu potuta fare la diagnosi sicura, grazie all'anamnesi, o alle prove tubercoliniche; per il resto si trattò di diagnosi anatomiche o di operazioni chirurgiche che, fatte sul falso sospetto di tumori, ecc., chiarirono il problema. Ma anche l'errore opposto si osserva, e l'A. cita casi di tumori degli annessi in cui era stata fatta diagnosi di tubercolosi.

A volte l'atto operativo, per es. un'appendiectomia, scatena il processo tubercolare che diviene evidente: si trattava molto probabilmente allora non di appendiciti vere, ma di localizzazioni del processo t.b.c. sull'appendice.

Riguardo alla cura, si discute ancora sull'utilità o meno dell'operazione. Mentre alcuni sostengono che si debba fare un'estirpazione totale, altri, come Krönig, fondandosi sul carattere secondario della t.b.c. genitale, ritengono dannoso, o per lo meno inutile, l'intervento.

L'A. riconosce che questo è giusto, ma sostiene che l'intervento è un prezioso metodo diagnostico: occorre però limitarlo a questo, senza impegnarsi in operazioni demolitive che sono sempre più o meno pericolose (fistole, infezioni secondarie, ecc.).

Le cure generali — abitualmente applicate alla tubercolosi in genere — avranno anche qui il loro giovamento; ed anche la roentgenterapia è utilissima, sebbene non si debba per questo abbandonare l'intervento a scopo diagnostico. L'irradiazione va fatta con piccole dosi e a pause di 2-3 mesi: eventualmente si ripete a maggior distanza.

I risultati finora ottenuti sono soddisfacenti: la tubercolina non ha dato un evidente successo; sulla dieta di Gerson non c'è abbastanza esperienza.

L'utero, la portio e la vagina possono anche essere infetti isolatamente: si tratta però di casi rari, ed anche per essi si pensa che si tratti di un'infezione secondaria.

V. SERRA.

Gli elementi del prognostico nei vomiti gravi della gravidanza.

È il vomito alimentare, quotidiano, persistente, accompagnato dal dimagramento di parecchi chilogrammi, che caratterizza la sindrome d'iperemesi gravidica, purchè tuttavia coesista l'acetonemia.

Prima di ricorrere ad una terapia chirurgica, la paziente deve essere trattata dal punto di vista medico, isolandola completamente dall'ambiente ordinario di vita, con l'internamento in una clinica od in ospedale, ove possa venire esercitata una efficacie psicoterapia.

Se tutto ciò non porta giovamento, si potrà pensare all'interruzione di gravidanza. In tale caso, però, si dovranno prendere in esame i seguenti elementi, importantissimi per il giudizio prognostico; acceleramento permanente del polso, dimagramento giornaliero di circa mezzo chilo, comparsa di ittero, acetonemia progressiva, e, finalmente, elevazione del coefficiente di Maillard al disopra di 25.

Tale coefficiente, rappresentato dalla formula:

$$\frac{1^{\circ}\text{ Azoto titolabile col formolo}}{2^{\circ}\text{ Azoto titolabile con l'ipobromito}} \times 100,$$

in cui il 1° rappresenta l'azoto ammoniacale + l'azoto degli aminoacidi, e il 2° l'azoto ammoniacale + l'azoto ureico + l'azoto degli aminoacidi, costituisce secondo J. Voran e H. Pigeaud un elemento prognostico capitale (*Jour. Med. Lyon*, 5 luglio 1930).

Una serie di 12 casi, studiati dagli AA. conferma la verità di tali asserti.

M. FABERI.

Il metodo di Stein per l'accelerazione del parto.

La Haye e Peters (*Rev. franç. de Gyn. et Obst.*, sett. 1930) portano un contributo clinico a tale metodo, basato sulla somministrazione d'estratto ipofisario posteriore.

Il metodo seguìto personalmente dagli AA. è il seguente: purga d'olio di ricino, e, due ore dopo, iniezione di 2/10 di cmc. d'ipofisina, ripetuta ogni mezz'ora, fino ad un totale di 8 iniezioni. In genere i dolori compaiono pochi minuti dopo la prima iniezione, divenendo a poco a poco sempre più validi e ravvicinati, fino a prendere un ritmo di 2-3 m', per la durata di 20-30''. Onde evitare in qualche caso uno spasmo eccessivo del collo, si può ricorrere alla spasmalgina.

Il metodo è consigliabile nelle multipare e richiede la sorveglianza assidua del medico. Se poi resta senza effetto, è consigliabile di attendere il giorno seguente od anche di più, prima di tentare un'altra prova.

M. FABERI.

EPIDEMIOLOGIA.

Il ciclo evolutivo del bacillo di Eberth e dei paratifici.

È noto che, in questi ultimi anni si sono trovati degli stadî invisibili del bacillo del tifo, i quali sono stati particolarmente studiati, presso di noi, dal Casagrandi. In un lavoro critico comparso in *Presse médicale* (9 luglio 1930) P. Haudoroy espone la questione, quale risulta dallo stato attuale delle nostre conoscenze.

Sotto l'influenza del batteriofago il bacillo di Eberth, come i paratifici, può prendere la

forma invisibile e filtrabile, analogamente a quanto accade per tutti i germi per i quali si possiede un batteriofago attivo. Tali forme possono ottenersi sperimentalmente a volontà.

Le forme filtrabili del bacillo di Eberth esistono in alcuni tifosi nel sangue, all'inizio dell'infezione e nelle feci verso la fine della malattia.

Tali forme filtrabili possono trovarsi nelle acque infette ed è difficile escludere che esse provengano dalle feci dei malati.

La presenza di tali forme filtrabili nelle acque solleva un problema della massima importanza. È noto che la maggior parte dei batteriologi non pratica nemmeno più la ricerca del bacillo del tifo nelle acque, per la quasi impossibilità di rivelarvelo; è probabile che esso vi si trovi, non già nella forma consueta, ma allo stadio filtrabile e non sia quindi riconoscibile; da ciò la necessità di ricercare nelle acque, piuttosto il germe che lo accompagna nelle feci, cioè il B. coli.

Vi sono delle setticemie dovute a forme filtrabili del bacillo di Eberth, nelle quali la forma bacillare non esisterebbe; esse non hanno però l'aspetto clinico della tifoide.

Da quanto sopra si è esposto è possibile formulare la seguente ipotesi.

In certi casi, l'individuo si infetta introducendo delle forme invisibili e filtrabili del bacillo di Eberth, le quali si sviluppano nel suo organismo poco a poco, ricostituendo il microorganismo, che riprende la sua forma bacillare. Al momento in cui la malattia finisce, il bacillo viene nuovamente « demolito » dal batteriofago che esiste allora nell'organismo; con le feci, si eliminano allora le forme filtrabili ed invisibili e sono così disperse nella natura. Il ciclo può, in seguito, ricominciare in altri individui.

Tale ipotesi è suffragata da molti fatti e dalle esperienze di Friedberger e Meissner i quali hanno inoculato nel cervello di cavia degli organi di tifosi. Nella cavia, si sviluppa la febbre; al momento della massima temperatura (40° e più al 10°-14° giorno) la cavia viene uccisa e si inocula il cervello in altre cavie, continuando così in serie. A partire dal secondo passaggio, non vi sono più bacilli tifici nel sangue nè negli organi delle cavie inoculate.

L'iniezione di organi delle cavie di cui sopra salva le cavie nuove dalla iniezione endoperitoneale di bacilli tifici mortale per i testimoni e conferisce proprietà agglutinanti al sangue di conigli.

Tali autori ammettono quindi la esistenza di una forma « criptantigena » del bacillo tifico, invisibile ed incoltivabile.

Tali nozioni tendono a modificare radicalmente le nostre idee sulla patogenesi e sulla trasmissione della tifoide e sono probabilmente destinate ad avere un importante riflesso dal punto di vista dell'epidemiologia. *fil.*

VARIA.

Ignazio Pèczely e la sua scoperta nel campo diagnostico.

Questa scoperta risale a circa il 1826, e riguarda l'iride la quale, bene illuminata dalla luce solare o artificiale e osservata attraverso una lente di debole ingrandimento, ed anche con occhio nudo, presenta, in caso di malattia, dei segni speciali ed in determinati punti della sua superficie, i quali indicano gli organi che sono malati e la natura del male, permettendo una diagnosi immediata e retrospettiva.

La scoperta è la conseguenza di un'avventura di caccia avuta dal Pèczely che nella sua adolescenza andava in cerca di nidi di uccelli su le montagne di Ungheria. Aveva appunto preso, da un nido di gufi reali, i piccoli nati in mano, quando la madre si slanciò contro di lui, e gli afferra con gli artigli di una zampa il polso della mano che reggeva la preda. Il piccolo Pèczely, estratto allora un affilato coltello, diede un colpo secco nell'arto ed abbattè il rapace. Mentre questo cadeva, l'intelligente cacciatore vide comparire una riga nera nell'iride gialla dell'occhio del lato dell'arto ferito. Questo segno impressionò il giovinetto il quale, traboccante d'intuito, concepì subito l'idea di averne la spiegazione. Da quel giorno, in silenzio, iniziò una serie di esperienze su piccoli animali. Accumulò esperimenti su esperimenti e pervenne a gettare le basi di una nuova scienza.

Dopo parecchi anni si recò a Vienna per studiare medicina, e come potè utilizzare dei casi clinici e poi controllarli al tavolo anatomico, la sua scoperta venne ad acquistare quella base solida che gli permise di distinguere segno da segno, punto da punto, fino a fissare i termini della lettura dell'iride, in modo da poter diagnosticare con precisione qualunque malattia in corso o già subìta dall'organismo. Finalmente, dopo alcuni anni di esercizio pratico e di studio, nel 1881 il Pèczely pubblicava un'opera in lingua magiara: « Scoperte nel dominio delle scienze naturali e della terapeutica », in cui la prima parte riguarda la « Guida per lo studio della diagnosi oculare ». Oggi, per ovvie ragioni, è più usato dire: « Diagnosi iridea » o semplicemente « Iridoscopia ».

In Ungheria, Austria, Germania, Francia, Inghilterra e Stati Uniti d'America, questa scoperta si è diffusa rapidamente. Anni or sono l'Accademia medica di Monaco di Baviera ne discuteva ampiamente e l'accettava come potente ausilio diagnostico, specialmente nelle malattie croniche o a decorso lento. In Francia, fra i medici allopatici della Facoltà di Parigi, vi sono dei seguaci di grande valore (Vannier) e dei propagandisti che si recano sino in Italia per diffonderne l'uso, ma purtroppo sen-

za buoni risultati. Nel nostro paese la *Tribuna* ne dava notizia con un articolo di Cagliostro nel dicembre 1925. Nel 1924 e 1925 il generale medico prof. Petella pubblicava in proposito due forti articoli negli *Annali di Medicina Navale*.

Ma il metodo non si è diffuso fra noi: taluni lo trovano fantastico; molti lo sdegnano perchè proviene dalla classe degli omeopatici; non mancano coloro che negano al termine «Iridoscopia» valore scientifico. Il fatto è che la diagnosi iridea o iridoscopia oggi s'impone non solo ai medici che si rispettano, ma a tutte le persone di una certa coltura, perchè entro limiti abbastanza ampli, senza esser medico, si può leggere nell'iride, sicchè la sua conoscenza è un'arma di difesa di grande importanza sociale.

E' poi opportuno fare rilevare che l'iride può essere fotografata, e che una fotografia ben fatta può essere conservata come documento o può essere spedita a distanza a specialista che conosca questo metodo diagnostico.

Come osserva Vannier, nel suo trattato di diagnosi iridea: «L'impiego della fotografia iridea favorisce l'insegnamento e lo sviluppo del metodo, permettendo al medico di ottenere dei documenti precisi ed irrefragabili. L'iridografia completa felicemente l'iridoscopia; lo studio dell'iride scientificamente condotto dà al medico pratico la padronanza della sua arte e al malato la sicurezza».

Alcuni autori hanno cercato di stabilire nell'iride anche una serie di localizzazioni, in rapporto con lo sviluppo delle nostre facoltà, dei nostri sentimenti, dei nostri istinti. Già Nils Liljeqvist di Stoccolma, nel 1897, aveva localizzato nell'iride destra (settore superiore esterno) la sede della perversità. Il dott. Anderschon di Londra ne ha continuato le ricerche minuziose, per stabilire una vera topografia psicologica. Nell'occhio destro, secondo lui, si possono vedere segnati: i sentimenti morali e religiosi, gli impulsi animali, vita sessuale e mentale, onanismo, idea suicida, facoltà di comparazione, volontà. Nell'occhio sinistro: l'amore di sè e l'orgoglio, la giustizia, il criterio, la memoria e l'intelligenza. Queste localizzazioni hanno dato luogo a critiche perchè credute vere esagerazioni, ma io posso accertare che di esse, quelle che ho potuto controllare, come l'intelligenza chiara ed offuscata, la memoria e la forza di volontà, le ho trovate esattissime.

L'iridoscopia la si comprende subito, ma richiede studio, calma e tempo perchè si presentino nella pratica i casi tipici che assicurino lo studioso della bontà del metodo e lo incoraggino e perseverare. Molto ancora resta a fare, e per questo lo studio scientifico dell'iride sotto l'aspetto diagnostico, offre un campo vastissimo di ricerche anatomiche, fisiologiche e cliniche, che dovrebbero attirare la curiosità almeno dei giovani medici, che potrebbero fare dell'iride l'oggetto principale dei loro studi.

La materia di studio non è difficile, ma richiede attenta osservazione e criterio. Si deve però tener presente che, a base delle osservazioni non si deve tener conto della descrizione dell'iride normale dettata dagli anatomici e dagli oculisti anche più celebri, perchè purtroppo, hanno descritto l'iride senza conoscere l'influenza che in essa viene esercitata dalle molteplici malattie.

Per esempio, capiterà di leggere che negli occhi chiari, il pigmento degli strati superficiali, se esiste, è meno abbondante ed intenso, e solo distribuito in forma di aureola intorno alla pupilla, che aumenta di estensione secondo l'intensità della pigmentazione, assumendo figura anulare, raggiata, frangiata, ecc. Per deposizione irregolare del pigmento possono costituirsi macchie disseminate, e tutta la superficie dell'iride può assumere un aspetto tigrato (Chiarugi, Testut, Fuchs). Nulla di più errato! L'aureola intorno la pupilla rispecchia le condizioni anormali del tubo digerente. L'iride tigrata poi, indica lo stato patologico e cronico di più organi.

Per non errare dovete aver presente che l'*iride di una persona in condizione di perfetta salute*, qualunque colore presenti (grigio, celeste, castano nero), *deve essere perfettamente uniforme, e la pupilla perfettamente circolare*. La più piccola modificazione di queste condizioni deve essere segnalata. In ogni caso, ben volentieri mi metto a disposizione di chi vuole seriamente occuparsene scientificamente e praticamente, e di chi, a distanza, vuol sapere ciò che segnano i loro occhi. In quest'ultimo caso bisogna servirsi della fotografia dei soli occhi con l'iride interamente visibile.

Lo studio dell'iridoscopia mi attrasse non appena ne ebbi notizia e potei subito fare la prima diagnosi in una signora che non conoscevo, incontrata in treno, in cui riconobbi l'esistenza di una sciatica, di cui l'esistenza mi venne confermata dalla signora che ne rimase assai maravigliata.

Ma sono riferiti altri successi diagnostici che sembrerebbero impossibili. Così narra il Felke nel suo trattato popolarissimo in Germania, *Die Augendiagnose*, che ha raggiunta la ventunesima edizione, il quale durante la guerra anglo-boera, esaminando solo l'iride dei feriti da arma da fuoco, poteva diagnosticare che il proiettile era penetrato nella tale regione, aveva percorso un dato tratto ledendo certi dati organi, e si trovava nel tal punto. Affermazioni che hanno del fantastico e risultati che debbono indurre all'ulteriore studio della questione.

Dott. prof. VITTORIO CARUCCI.

Spezia, 1930.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA ASSICURATIVA.

Il Regime e le assicurazioni sociali.

Il Ministro Bottai, assistito dall'on. Alfieri, ha insediato il Comitato Tecnico per la Previdenza e le Assicurazioni sociali.

Il Ministro Bottai ha brevemente accennato alla importanza dei problemi, sui quali il Comitato è chiamato a dare il proprio parere. Egli ha ricordato, come oggi si contino 167 imprese di assicurazione sulla vita e contro i danni, con 900 milioni di capitale ed un incasso annuo di 1 miliardo e 700 milioni di premi, mentre le riserve ascendono a 3 miliardi e 307 milioni, compresi 2 miliardi e 400 milioni dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni. Circa le assicurazioni sociali, ha ricordato l'imponente sviluppo che esse hanno assunto per opera del Regime Fascista, in estensione e in profondità. Una parte assai notevole del vasto programma tracciato dalla dichiarazione XXVII della *Carta del Lavoro* è già stato attuato: così il miglioramento e l'estensione dell'assicurazione di maternità, l'assicurazione contro le malattie professionali, e quella contro la tubercolosi, la quale ultima, specialmente, ad appena due anni dalla sua attuazione, già ha dato frutti importantissimi: 50 mila assistiti e varie decine di modernissimi e vasti sanatori in costruzione. Ed inoltre fecondo impulso è stato dato alla risoluzione di uno dei più importanti problemi della previdenza sociale, e cioè quello dell'assicurazione generale di malattia, con l'attuazione di questa forma per ora nell'ambito della marina mercantile, della navigazione aerea e del commercio, mentre numerose casse mutue sono state create in forza dei contratti collettivi.

Molto ancora, però, resta da fare in questo vasto campo, ha soggiunto il Ministro: in primo luogo il rinnovamento nello spirito come nei mezzi della assicurazione contro gli infortuni, perfezionare l'assicurazione invalidità e vecchiaia specialmente nei riguardi dei superstiti degli assicurati, ecc.

Il Ministro ha concluso dichiarandosi sicuro del fattivo contributo che al Ministero sarà dato dal Comitato presieduto dall'on. De Vito, per la grande esperienza dei suoi membri, tratta dalla loro quotidiana attività. L'on. Bottai ha precisato che il Comitato dovrà limitare il proprio parere alle questioni tecniche, restando naturalmente riservate al Ministero le direttive politiche.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BASSIANO (*Roma*). — Stipendio annuo lordo L. 10.500 aument. del decimo quadrienn. per cinque quadrienni consecutivi. Caro-viveri come agli Statali. Assegno di uffic. san. L. 400 annue. Il tutto soggetto alla riduzione del 12 %. Scadenza 15 marzo.

BORGOMANERO (*Novara*). *Ospedale Civile di Carità.* — Chirurgo primario; scad. 10 mar.; L. 5000 (salvo approvaz. G. P. A.) e 10 bienni ventes.; 40 % tasse d'operazione e 20 % tasse cure mediche; tassa L. 50,10.

BORGO (*Trento*). *Congregaz. di Carità.* — Scad. 20 mar.; primario medico Reparto Ospedalieri; L. 22.000.

CAPANNORI (*Lucca*). — Scad. 7 mag.; 7° circondario; L. 8000 e 5 quinquenni dec., per 120 famiglie; addizionale L. 20 ogni fam.; quota mobile c.-v.; L. 2500 cav.; L. 400 ambulat.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

CUNEO. *Amministraz. Provinc.* — Scad. 31 mar.; direttore della Sez. med.-micrograf. del Laborat. provinc. d'igiene e profilassi; L. 12.000 e 5 quadrienni dec., oltre supplem. L. 2500 e indenn. provvis. L. 1200, c.-v.; premio operosità 40 %; riduz. 12 %.

FAEDIS (*Udine*). — Scad. 1° apr.; L. 7920 oltre L. 440 serv. att., L. 2640 trasp., c.-v., L. 792 uff. san.; tassa L. 50,10.

FORZA D'AGRO (*Messina*). — Scad. 15 mar.; lire 7656 oltre L. 1760 cav.

GENOVA. *Spedali Civili.* — I termini dei concorsi sanitari annunziati nel fasc. 6 sono così prorogati: al 20 marzo per quelli che scadevano il 20 febbraio; al 1° aprile per quelli che scadevano il 2 marzo; al 4 aprile per quelli che scadevano il 5 marzo.

GROGNARDO (*Alessandria*). — Scad. 31 mar.; con Morbello; L. 8000 aumentabili, oltre L. 2000 trasp., L. 800 uff. san.; ritenuta 10 %; tassa L. 50.

MESSINA. *R. Prefettura.* — Ufficiali san. per Castroreale e per Milazzo; scad. 20 apr., ore 18; titoli ed esami; L. 2000 e L. 6500 rispettivam., lorde, ridotte; compensi per prestazioni ai privati; età lim. 45 a.; doc. a 3 mesi dal 18 feb.

MORES (*Sassari*). — Scad. 25 mar.; L. 8360 e 4 quadrienni dec., oltre L. 800 se uff. san.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

PESCOPENNATARO (*Campobasso*). — Scad. 1° mag.; L. 6700 ridotte 12 %, oltre L. 2000 uff. san.; alloggio e 16 steri di legna da fuoco in faggio o cerro; quattro quinquenni dec.; età lim. 25-35 a.; tassa L. 50,10.

POVIGLIO (*Reggio Em.*). — Al 30 apr.; L. 7000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 800 indenn. categoria, L. 440-2640 trasp., c.-v., L. 440 ambulat., addizion. L. 4,40 oltre i 1000 pov.; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 1° feb.

SELVA CADORE (*Belluno*). — Scad. 30 mag.; con Colle S. Lucia; L. 10.000 oltre L. 1800 serv. att., c.-v., L. 4000 trasp., L. 500 uff. san., 5 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

Siracusa. *Congregazione di Carità.* — Per titoli. Medico specialista di Otorinolaringoiatria e Medico specialista di Oculistica, nell'Ospedale Civile Umberto I. Scadenza 31 marzo. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria della Congregazione di Carità.

Stigliano (*Matera*). — Scad. ore 12 del 10 mag.; L. 7000 aumentabili; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15; doc. a 3 mesi dal 6 feb.

Trecenta (*Rovigo*). — A tutto 15 mar.; 2° reparto; L. 8500 e 5 quadrienni dec., serv. att. lire 850, c.-v.; riduz. 12 %; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 26 gen.

Vedelago (*Treviso*). — Stipendio L. 8000. Indennità trasporto L. 2500. Indennità caro-viveri di legge. Documenti di rito. Scadenza 30 aprile. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Municipale.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il prof. Cesare Frugoni, clinico medico di Padova, è nominato direttore sanitario della Stazione di cura di Montecatini, in sostituzione del compianto prof. Queirolo.

La scelta è considerata molto felice, essendo ben note le singolari qualità scientifiche e professionali del prof. Frugoni, cui facciamo i nostri sentiti rallegramenti.

Sir Gowland Hopkins, professore di biochimica all'Università di Cambridge, è nominato presidente della Società Reale: è questa la più alta carica scientifica ufficiale che possa raggiungersi in Inghilterra. Lo Hopkins ha scoperto i fattori accessori degli alimenti, cui venne poi dato il nome di vitamine. Nel 1929 ricevette il premio Nobel, unitamente a Eijkman.

Il premio Ehrlich è stato conferito al dott. C. Levaditi, dell'Istituto Pasteur di Parigi, « per i suoi importanti lavori scientifici, sovratutto nel dominio della chemioterapia della sifilide ». La Commissione era composta di Loos (Francoforte), Heubner (Heidelberg), Neufeld (Berlino), Willstalter (Monaco).

NOTIZIE DIVERSE.

1° Congresso internazionale di stomatologia.

L'« Associazione stomatologica internazionale » ha indetto il suo primo Congresso a Budapest dal 14 al 19 settembre, sotto il patronato del Governo ungherese. Verrà organizzato dall'« Associazione di stomatologia » dell'Ungheria.

La quota per i membri ordinari è di 150 franchi francesi. Le informazioni possono richiedersi al Comitato organizzatore, Varoshazutca 14, Budapest IV.

Conferenza mondiale per la tutela dei ciechi.

Il presidente degli Stati Uniti, Hoover, ha invitato 52 Nazioni a partecipare alla Conferenza mondiale che si adunerà a New York City durante il mese di aprile, sotto gli auspici della Fondazione Americana per i Ciechi e di altre istituzioni americane pro ciechi. Sarà la prima Conferenza del genere dopo la guerra e si spera che desterà l'interesse del pubblico e che funzionerà da agenzia internazionale d'informazioni, per fare conoscere i bisogni e le attitudini dei ciechi.

Rivolgersi alla Lega della Società della Croce Rossa, avenue Velasquez 2, Paris VIIIe, Francia.

1° Congresso nazionale di studi coloniali.

Nel prossimo aprile dall'8 al 12 sarà tenuto a Firenze il grande Congresso di Studi coloniali sotto l'Alto Patronato di S. A. R. il Duca degli Abruzzi. Sarà diviso in sei sezioni, una delle quali dedicata alla Patologia ed Igiene coloniale, alla cui presidenza fu chiamato il senatore prof. Umberto Gabbi.

Alla Sezione sono annesse piccole esposizioni di preparati farmaceutici contro le malattie tropicali, un campionario della flora medicinale, un campionario di abiti coloniali, zanzariere, caschi, abiti, biancheria, calzature, tende, ecc., giornali e libri di Medicina e Igiene coloniale.

Per informazioni rivolgersi ai segretari: prof. E. Persano e prof. V. Chiodi, via Laura 48, Firenze; cap. dott. Spezzaferri, via Giustiniani 5, Roma.

16° Congresso francese di medicina legale.

Si adunerà dal 4 al 6 maggio, sotto la presidenza del dott. Paul. Temi: « La responsabilità medica »; « Studio medico-legale degli infortuni automobilistici »; « L'appendicite traumatica »; « I delitti passionali ». Quota 60 franchi (ridotta a 30 per i membri della « Société de Médecine légale » e per gli abbonati agli « Annales de médecine légale »).

Per quanto riguarda le comunicazioni, rivolgersi al segretario generale, Dr. Piédelièvre, rue Gay-Lussac 24, Paris Ve; per quanto riguarda le iscrizioni rivolgersi al Dr. Vernis, quai de l'Horloge 29, Paris IVe.

Giornate mediche coloniali a Parigi.

La Commissione dei Congressi indetti in occasione della Mostra coloniale internazionale a Parigi ha deciso di riunire, in un Congresso, i medici e gl'igienisti coloniali, dal 22 al 31 luglio. Il Comitato organizzatore è presieduto dal prof. Tanon, direttore dell'Istituto d'igiene dell'Università di Parigi. Quota: 100 franchi per i congressisti, 50 per gli aderenti (persone di

famiglia e studenti). Saranno accordate riduzioni per il viaggio e per il soggiorno; sono in programma vari festeggiamenti. Per informazioni rivolgersi alla segreteria generale, presso « L'Hygiène Sociale », boulevard Haussmann 112, Parigi.

5ª Conferenza britannica sulla mortalità materna.

Si è tenuta a Londra, nella « Friends' Hall », sotto la presidenza della duchessa d'Atholl, ed ha raccolto circa mille delegate, rappresentanti trecento organizzazioni.

Il ministro della salute pubblica, Arthur Greenwood, ha letto un messaggio nel quale ha rilevato che l'alta mortalità materna costituisce una macchia la quale dev'essere cancellata: dovrà ripetersi il successo conseguito per la mortalità infantile. Più del 60 per cento delle donne che muoiono per le funzioni materne, potrebbero essere salvate: bisogna dunque salvarle. Auspicò un accordo tra l'Assicurazione Nazionale Malattie e le autorità sanitarie locali, sotto un grande Patronato nazionale, con un programma pratico di assistenza materna.

La Conferenza approvò ad unanimità di chiedere al Governo l'intensificazione dell'insegnamento ostetrico e il coordinamento degli sforzi volontari del Paese con l'azione delle autorità pubbliche, per la tutela della maternità.

4º Congresso tedesco sulle malattie della circolazione.

Nei giorni 9 e 10 marzo la « Deutsche Gesellschaft für Kreislaufforschung » terrà a Breslavia la sua 4ª adunanza, nei locali dell'Istituto fisiologico dell'Università (Maxstrasse 10). I temi in discussione concernono l'azione e l'impiego della digitale.

Per il programma e per informazioni (ordine dei lavori, trattenimenti, alberghi, ecc.) rivolgersi al prof. dott. Bruno Kisch, Kölm a. Rhein-Lindenthal-Lindenburg, Germania.

11ª Riunione centro-meridionale di radiologia medica.

Si è tenuta a Napoli, nei giorni 7 e 8 febbraio, l'11ª Riunione del gruppo centro-meridionale e siculo della S. I. R. M. Vi è intervenuta una eletta schiera di studiosi, tra cui i proff. Bianchini, Busi, Guarini, Milani, Sgobbo, Stanziale, Tandoia, ecc. Sono stati trattati argomenti di alto interesse scientifico e tecnico. La riunione si è svolta nei locali dell'Istituto Fotoradioterapico, annesso alla R. Clinica dermosifilopatica, fondato da Rodolfo Stanziale e che è uno dei più dotati ed apprezzati d'Europa — indice dei progressi da noi realizzati in questo campo.

La prossima radunata si terrà a Roma ed avrà per argomento « La pielografia con i moderni metodi d'indagine ».

Unione Medica Latina.

Ha tenuto la sua assemblea generale annua nella « Maison des Médecins » di Parigi (Hôtel Chambon), sotto la presidenza di Dartigues. Furono commemorati i soci scomparsi, tra cui Queirolo e Santoliquido. Venne reso conto della distribuzione dei premi, che hanno raggiunto l'importo di 45.000 franchi. Venne discusso ampiamente il problema del latino come lingua scientifica universale. Alla vice-presidenza è stato chiamato il prof. Gabbi, in sostituzione del compianto prof. Queirolo.

Corso internazionale di perfezionamento in medicina esotica.

Ricordiamo che un corso di patologia e parassitologia esotica, compresi i punti più importanti dell'igiene, sarà tenuto a Berlino in marzo, contemporaneamente ad altri corsi di perfezionamento; verranno prese in considerazione anche le malattie infettive, sessuali e cutanee cosmopolite. Per informazioni rivolgersi al prof. H. Ziemann, Pathologisches Museum der Charité, Berlin.

Corso internazionale di perfezionamento sulla tubercolosi.

Si terrà dal 7 al 12 aprile, a Montana s. Sierre (Svizzera), nel Palace-Sanatorium. Tratterà una serie di problemi riguardanti la clinica e la cura medica e chirurgica della tubercolosi; sarà completato da esercizi pratici e da dimostrazioni. Sarà tenuto da numerosi specialisti di vari paesi d'Europa, tra cui Brauer, Gerson, Klemperer, Mouriquand, Pende, Ronzoni, ecc.

La tassa d'iscrizione è di fr. svizzeri 25 e dà diritto a molte facilitazioni, accordate ai partecipanti e famiglie (tariffa ridotta negli alberghi e pensioni, funicolare; escursioni in varie stazioni della Svizzera, festeggiamenti. Si prega di inviare al più presto le domande di inscrizione e di informazioni al Dr. O. M. Mistal, direttore del Palace-Sanatorium, Montana.

Corso di perfezionamento in patologia, clinica e profilassi delle malattie tubercolari.

Dal 14 aprile al 16 maggio avrà luogo presso l'Istituto di Studi scientifico-pratici sulla tubercolosi in Genova, un corso celere di perfezionamento nella patologia e nella clinica delle malattie tubercolari, col concorso di professori della Facoltà Medica della R. Università di Genova. Le iscrizioni si fanno presso la Segreteria dell'Istituto in via Balilla 1.

Agli iscritti che avranno frequentato regolarmente il corso sarà rilasciato apposito diploma.

L'iscrizione è gratuita. Il numero degli iscritti sarà limitato. I primi iscritti avranno la precedenza.

Corso complementare di igiene pratica.

Si terrà a Pavia presso il R. Istituto d'Igiene, dal 7 aprile e per la durata di un bimestre; modalità consuete; tasse L. 408,60 complessive. Le iscrizioni si chiudono il 31 marzo. Rivolgersi agli uffici di segreteria dell'Università.

Fondazione belga per lo studio del cancro.

I coniugi Braconier-Lamarche di Liegi hanno istituito una fondazione, che ha per scopo la ricerca della guarigione e della prevenzione dei tumori maligni. Verranno compensati studiosi di tutte le nazionalità, che porteranno un contributo effettivo a quest'opera umanitaria. Il capitale è di 500.000 franchi belgi. Le ricompense consisteranno sia nell'assegnazione del capitale sociale, in tutto

od in parte, sia nell'assegnazione degli interessi, a giudizio di una Commissione scientifica. Su parere della Commissione, i premi non conferiti potranno essere destinati all'istituzione di un consultorio gratuito. Del consiglio d'amministrazione fa parte il dott. Duesberg, rettore dell'Università di Liegi, al quale possono richiedersi informazioni eventuali.

Istituto di biologia fisico-chimica a Parigi.

È stato fondato grazie alla generosità del barone Edmond de Rothschild, che fu amico di Claude Bernard; sorge su di un terreno dell'Università, presso l'Istituto Pierre Curie. Venne inaugurato il 17 gennaio, dal ministro della pubblica istruzione. Ha lo scopo di coordinare le ricerche nel dominio di tre scienze: biologia, chimica e fisica; risulta di due padiglioni, attrezzati modernamente; è diretto dal prof. Jean Perrin, membro dell'Istitut de France, che ebbe il premio Nobel nel 1926.

Istituto odontoiatrico a Stoccolma.

Il sig. Giorgio Eastman, di Rochester (Stati Uniti), ha offerto 4 milioni di corone (pari a circa 20 milioni di lire it.) alla città di Stoccolma, destinandole alla creazione di un Istituto odontoiatrico per i bambini poveri; esso sarà organizzato sui congeneri istituti offerti dallo stesso industriale a Rochester, a Londra, a Roma ed a Parigi (i primi due già in funzione). L'offerta è stata subito accettata.

Le somme finora elargite dall'Eastman per scopi benefici ammontano a circa un miliardo di lire it.

Nuova Scuola medica a New Orleans.

L'Università Statale della Luisiana ha istituito una Facoltà medica, che ha cominciato a funzionare col 1931.

Un'altra Facoltà medica, e molto reputata, faceva già parte della « Tulane University ».

Fondazione Wellcome per ricerche mediche e chimiche.

La « Wellcome Foudation Ltd. » sta per erigere un nuovo edificio per ricerche mediche e chimiche in Londra, all'angolo di Gordon Street e Euston Road, nel sito ora parzialmente occupato dal suo Ufficio di Ricerche Scientifiche. Esso misura circa m. 70 per 41. Per molti anni la Fondazione ha mantenuto dei laboratori per ricerche mediche e chimiche, ma gli sviluppi recenti hanno reso necessario di coordinare ed estendere queste istituzioni. Il nuovo edificio fornirà i locali supplementari richiesti e sarà provveduto del corredo più moderno per ricerche. Il sig. Septimus Warwick, F.R.I.B.A., ne è l'architetto.

Dispensario antitubercolare a Marsala.

Sotto gli auspici di S. E. il prefetto avv. Enzo Ferrari ed in seguito a vivo interessamento da parte delle autorità civili e politiche del luogo, il Consorzio provinciale antitubercolare di Trapani ha dato il via ai lavori di costruzione di un moderno e bene attrezzato dispensario a Marsala. Il fabbricato misurerà 24 metri circa di prospetto per metri 15, con pavimento elevato dal piano di terra per 80 centimetri circa, isolato nel piazzale Porta Trapani. Col sorgere del dispensario antitubercolare, si è fatto un primo passo per l'erigendo sanatorio.

Elargizioni e lasciti.

Il marchese Giacomo Barone Paolucci di Calboli ha donato alla città di Forlì la somma di lire ventimila, destinandole a istituzioni di beneficenza e filantropiche, in memoria del compianto marchese Raniero Paolucci di Calboli.

" Opera Omnia „ di Lazzaro Spallanzani.

Con intenso lavoro si sta preparando il materiale per la pubblicazione di una edizione diligentemente corretta di tutti gli scritti, editi ed inediti, di Lazzaro Spallanzani. Non sarà un'edizione critica, ma corredata di sobrie note a piè di pagina per mettere specialmente in evidenza quanto si deve allo Spallanzani circa la priorità delle osservazioni e delle scoperte scientifiche.

Il Comitato dispone di 79 mila lire, e vi hanno contribuito: la R. Accademia d'Italia con 25 mila lire, l'Amministrazione Provinciale, il Consiglio dell'economia di Reggio Emilia e il Comune di Scandiano con complessive 30 mila lire, il Ministero dell'Educazione Nazionale con 24 mila lire.

Il lavoro preparatorio è stato distribuito dal Comitato esecutivo ai varii collaboratori nel seguente modo: proff. M. L. Patrizi (Bologna); Filippo Bottazzi (Napoli); Alessandro Ghigi (Bologna); Dante De Blasi (Napoli); Giuseppe De Lorenzo (Napoli); Geremia D'Erasmo (Napoli); Biagio Longo (Napoli); Giacomo Pighini (Reggio Emilia); Virginio Mazzelli (Reggio Emilia).

L'edizione è affidata al comm. Ulrico Hoepli; ed i primi due volumi saranno pronti per il Congresso internazionale di Fisiologia, che avrà luogo in Roma nel 1932.

Le condizioni igienico-sanitarie di Roma nel 1930.

Sono risultate straordinariamente favorevoli: difatti il tasso di mortalità si è ridotto a 11,6 ‰ (contro 14,5 nel 1929; 12,7 nel 1928; 13,7 nel 1927; 14,6 nel 1926). La malaria è interamente scomparsa dei quartieri periferici. Invece è stata in aumento nell'Agro Romano (3366 denunzie, contro 2973 nel 1929; 17 morti di perniciosa, oltre 10 provenienti dai paesi limitrofi, contro 8 del 1929); il fenomeno sta in rapporto con i movimenti e con l'incremento della popolazione. Il morbillo si è, per contro, considerevolmente ridotto (2069 casi e 39 morti, contro 6995 casi e 292 morti nel 1929). Altre malattie non presentano forti scarti. Si sono avuti 37 casi di poliomielite ant. ac., tutti sporadici (30 nel 1929).

Deficienza di medici in Russia.

Secondo la « Vetchernaïa Moskva », nelle province del centro della Russia occorrerebbero 6600 medici ed ufficiali di sanità, in più di quelli attuali, per soddisfare i bisogni della popolazione.

La deficienza è ancora più sentita in altre province.

Intanto le Facoltà mediche non diplomano che un numero insufficiente di medici; ma occorre riconoscere che la situazione degli studenti in medicina è delle più penose. I più favoriti — incirca il 60 % — ricevono una borsa di studi dell'im

porto di 45 rubli al mese; gli altri non possono contare, per vivere, che su 50-60 copechi al giorno, guadagnati facendo dei lavori manuali.

Viaggio sulla Costa Azzurra.

Un viaggio internazionale sulla Costa Azzurra è organizzato dalla « Société Médicale du Littoral Méditerranéen », dal 29 marzo al 5 aprile, cioè durante la Settimana Santa. Sarà seguìto da escursioni sulle Alpi, in Corsica e sulla Riviera Italiana.

Per informazioni e iscrizioni rivolgersi alla sede sociale, rue Verdi 24, Nizza.

Per i ciechi di Parigi.

Ad iniziativa della signora D'Herbemont, sono stati distribuiti 5000 bastoni bianchi ai ciechi di Parigi, affinchè questi vengano riconosciuti quando circolano per la città e possa prestarsi loro aiuto.

Sciagura nel gabinetto di un medico.

Nell'abitazione del dott. Guido Finini di Milano, con annesso gabinetto elettrologico, si teneva una festa per il fidanzamento di un nipote; i convenuti vollero visitare il gabinetto e sottoporsi a qualche esperienza. Appena s'iniziava un'esperienza di diatermia in una giovine diciottenne, questa rimaneva uccisa. Il fatto per ora è inesplicabile. Il gabinetto del medico è stato chiuso.

L'autopsia è stata affidata al prof. Cazzaniga e ai dottori Boldrini e Mangili; la perizia elettrotecnica all'ing. Enzo Pugno Varoni.

Errore in una farmacia.

Nella farmacia dell'Ospedale di Pesaro il garzone, di 55 anni, nel preparare per incarico del farmacista Capecchi una soluzione di solfato sodico, scambiava questo con luminal sodico. Il cliente, avvertito lo strano sapore, vi richiamava l'attenzione del farmacista, che avvedutosi immediatamente dell'errore faceva accompagnare nell'Ospedale, dallo stesso garzone, l'infortunato, il quale fu dichiarato in pericolo di vita. Il farmacista si è reso irreperibile; il garzone è stato tratto in arresto.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Wien. Klin. Woch., 30 ott. — JAGIC. Terapia delle malattie del sangue.

Acta Med. Scand., VI. — H. A. SALVESEN. La tetania. — G. HELLSING. Crampo facciale ereditario. — Suppl., XXXV. A. JAROTZKY. Trattam. dietetico dell'ulcera rotonda dello stom. e del duodeno.

Zbl. f. Chir., 1 nov. — K. HÜBSCHER. Fistola gastro-colica dopo gastroenterostomia e sua terapia. — H. MANNHEIM. Cisti pancreatiche.

Annali It. di Chir. 31 ott. — O. AMOROSI. Anafilassi ed ulcera gastrica. — F. PAOLUCCI. Sistema reticolo-istiocitario. — S. ROLLO. Trapianti di cartilagine.

Riv. di Patol. nerv. e ment., sett.-ott. — G. E. MORSELLI. Fenomeni di ripristino nell'afasia motoria. — V. M. BUSCAINO. Ipertonie precoci e riflessi di Magnus-De Kleyn. — G. G. NOTO. Aromatemia e aromaturia da tirosina nei dementi precoci.

Arch. Sc. Med., ott. — A. ALLODI e G. DE MATTIA. Variazioni della motilità gastr. dopo stimoli fisici. — L. DI NATALE. Temperatura e focolaio infiammatorio.

Brasil-Med., 11 ott. — A. DA SILVA MELLO. Amebiasi intestin. cron.

Pediatria, 1 nov. — G. MACCIOTTA. Forme spasmofile dell'enuresi infant.

Gaz. d. Hôp., 1 nov. — A. FOLLIASSON. Ernie interne.

Journ. de Méd. de Bordeaux, 20 ott. — P. BROUSTEL e J. BERNES-LASSERRE. L'ipotensione non è sempre patologica.

Brit. Med. Journ., 1 nov. — C. CAMERON. Sonno e suoi disordini nell'infanzia.

Lancet, 1 nov. — A. OSMAN. Alcalinoterapia delle nefriti.

Mediz. Klinik, 31 ott. — R. L. MAYER. Mezzi cosmetici. — F. POLLAK. Le schizofrenie.

Münch. Med. Woch., 31 ott. — FÖRSTER. Sierodiagnosi della gonorrea.

Mediz. Welt., 1 nov. — F. HEIMAN. Debolezza cardiaca. — K. HERMAN. Febbre e insulina.

Bol. Instit. Med. Exper., lug. — A. ROFFO. Lavori vari sul cancro.

Practitioner, nov. — M. FISHBRIN. L'avvenire della professione. — H. MERKALL. Il problema delle adenoidi.

Vers la Santé, ott.-dic. — F. CREMONESI. L'opera di soccorso della C. R. I. — G. ABT. La tbc. nell'industria a Milano. — ADAM. L'insegnam. popolare dell'igiene in Germania.

Bull. d. Sc. Med., lug.-ag. — Q. AVONI. Parotiti acute secondarie.

Paris Méd., 1 nov. — Numero di pediatria.

Journ. Méd. Franç., sett. — Pel giubileo di J. Castaigne.

Journ. A. M. A., 18 ott. — F. C. WOOD. La diagnosi di cancro. — C. H. LAWRENCE. Disordini mestruali delle adolescenti. — W. J. HIGHMAN. Epidermofitosi e epidermofiti delle mani.

Zeit. f. Tuberk., ott. — A. VON SZITLY. Tbc. oculare. — A. FISCHER. Coltura dei bacilli tbc. dal sangue col metodo Löwenstein.

Minerva Med., 3 nov. — E. CENTANNI. Fattori della sindrome infettiva.

Journ. d. Prat., 1 nov. — A. JOUSSET. Le pleuriti silenziose.

Presse Méd., 1 nov. — M. Chiray. L'olio d'olivo per os in terapia.

Quarterly Journ. Med., ott. — E. H. Baresford e G. J. C. Earl. Rottura spontanea del cuore. — J. Parkinson e M. Campbell. Fibrillaz. auricolare parossistica. — H. Rolleston. Danni dei raggi X e del radium. — J. Maxwell. Carcinoma bronchiale.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 2 nov. — J. Stutzin. Cinemascopia endovescicale. — M. Tanzi. Terapia del m. di Raynaud e del m. di Buerger.

Journ. Med. Ass. South Africa, 12 ott. — A. L. McGregor. Megacolon. — C. L. Frolich. Affezioni del pene.

Giorn. di Med. Milit., nov. — G. Rizzuti. La malaria e l'esercito.

Radiol. Med., nov. — F. Satta. Igroma cronico tbc. della borsa trocanterica profonda. — L. Cappelli. Sieroanafilassi e raggi. — E. Benassi. Esofagospasmo essenziale permanente nel bambino.

Edinb. Med. Journ., nov. — H. F. Harvey e T. D. Hamilton. Classificaz. dei tumori.

Journ. de Méd. de Paris, 6 nov. — G. Drouet. Equilibrio acido-base ed equilibrio vago-simpatico.

Arch. Mal. Coeur ecc., ott. — L. Leriche e R. Bauer. Tumori primitivi del cuore.

Rev. españ. de Med. y Cir., nov. — E. Bascompte. I medicinali dell'ipertensione.

Riv. Osped., ott. — A. Galluppi. Diatesi di precipitazione.

Clin. Chir., ott. — Lorenzetti. Nuovi tipi di apparecchi per narcosi a gas combinati. — Bonomini. Iperglicemia postoperatoria.

Presse Méd., 5 nov. — L. Bérard e al. Tecnica semplificata per apicolisi.

Journ. de Méd. de Lyon, 5 nov. — A. Sargnon. Cefalee d'origine nasale.

Scalpel, 8 nov. — E. J. Bigwood. Metabolismo minerale nelle nefriti.

Bol. Instituto Psiquiatr., apr.-giu. — L. Ciampi e J. L. Alberti. Riflesso psico-galvanico. — G. Bosch e A. Mo. Tossinfezioni comuni e psicopatie.

Indice alfabetico per materie.

V. Ascoli, Red. capo.
A. Pozzi, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXVIII Roma, 9 Marzo 1931-IX Num. 10

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI †

VITTORIO ASCOLI

Genova 25 novembre 1863 — Roma 27 febbraio 1931

Con VITTORIO ASCOLI scompare un'eletta figura di studioso e di maestro, di professionista e di uomo.

La sua perdita è profondamente sentita dalla famiglia medica, alla cui elevazione culturale, morale e materiale egli collaborò con nobile spirito di solidarietà.

VITTORIO ASCOLI per circa un trentennio ha educato le giovani generazioni di medici alla finezza della diagnostica, al rigore della sintesi clinica, all'onestà scientifica e professionale.

Nella Clinica Medica di Roma ha continuato la tradizione di Guido Baccelli. Il suo insegnamento, materiato di positivismo, era animato da alte idealità.

Investigatore diligente e scrupoloso, percorse con entusiasmo i dominî più vari della medicina, affermandosi decisamente in alcuni campi, particolarmente nello studio della malaria.

Il suo Trattato sulla malaria costituisce un'opera fondamentale, che documenta la vastità delle sue conoscenze, l'originalità delle sue vedute.

Con l'istituzione della Scuola Superiore di Malariologia, da lui propugnata ed organizzata, confermò all'Italia il primato negli studi sulla malaria.

Esercitò la missione di maestro e di educatore anche fuori della scuola, nel giornalismo. Per questo aveva una vera passione; dedicò per oltre trent'anni le sue migliori energie al nostro giornale e divenne il principale artefice del suo poderoso sviluppo.

Non sollecitò mai cariche, ma non eluse quelle, per quanto gravose, che la sua posizione gli imponeva.

Le cause giuste lo trovavano paladino inflessibile.

La sua cultura, la sua intelligenza, la sua probità si affermarono rapidamente ed esercitò quasi sempre la professione come consulente, anche prima di raggiungere posizioni cattedratiche.

Nell'esercizio di questa missione rifulsero la nobiltà del suo tratto, la dolcezza dei suoi modi, l'indulgenza dei suoi giudizi, doti che gli conciliarono la fiducia dei pazienti e la simpatia dei medici.

Visse nell'amore della Patria, che egli onorò con le opere, con il sapere e con il carattere.

VITTORIO ASCOLI ci lascia un prezioso legato: un mirabile esempio di lavoro, d'onestà e di fede.

* * *

VITTORIO ASCOLI studiò medicina a Roma e vi conseguì la laurea nel 1888. Raggiunse il primariato ospedaliero nel 1896 e lo tenne fino al 1912. Nella Clinica medica diretta dal Baccelli, del quale fu assistente ed aiuto, ricevette l'incarico interno dell'insegnamento delle malattie del ricambio. Nel 1903 gli venne affidato ufficialmente, dal Ministro della P. I., l'incarico dell'insegnamento della patologia medica nell'Università di Roma e gli fu rinnovato più volte fino all'anno scolastico 1909-10. Nel 1905 vinse il concorso alla cattedra di patologia medica dell'Università di Messina, ma non accettò il posto. Nel 1910 vinse lo stesso concorso per Pavia; occupò il posto e lo tenne fino a quando non tornò a Roma, ove fu chiamato dalla Facoltà Medica, con votazione unanime del 4 giugno 1917.

Il Prof. ASCOLI fu Presidente dell'Ordine dei Medici della Provincia di Roma, dell'Associazione Nazionale dei Liberi Docenti, della Società Italiana di Medicina Interna, della R. Accademia Medica di Roma, del Comitato Romano per la Lotta contro la Tubercolosi, della Commissione Malariologica Internazionale presso la Società delle Nazioni. Fu membro del Consiglio Superiore di Sanità, della Società per gli Studi della Malaria, ecc. Fu Consulente sanitario delle Ferrovie dello Stato, dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, della Stazione idrotermale di Chianciano. Coprì altre cariche importanti.

Fondò l'Università Popolare di Roma, la Biblioteca della R. Accademia Medica di Roma, la Scuola Superiore di Malariologia.

Era dottore *honoris causa* dell'Università di Edimburgo e membro onorario delle Società Mediche di Vienna e di Budapest.

Nel 1926 fu chiamato dal Governo Argentino per un ciclo di conferenze di perfezionamento sulla malaria.

Nel giornalismo medico occupava un posto eminente; era redattore-capo della Sezione Pratica e direttore della Sezione Medica del " Policlinico ", direttore di " Cuore e Circolazione " e di " Malattie del Ricambio "; presiedette la Sezione Medica dell'Associazione Italiana della Stampa scientifica; era vice-presidente dell'Associazione della Stampa Medica Latina.

Copiosa e ricca è la produzione bibliografica del Prof. ASCOLI e della sua Scuola.

ANNO XXXVIII Roma, 9 Marzo 1931 - IX Num. 10

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Istituto di Clinica Medica della R. Università di Roma.
Direttore: Prof. VITTORIO ASCOLI.

Tumore gigante, tubulare, del midollo dorsale.

Dott. REMO MONTELEONE, assistente e docente.

R. G., di anni 29, cantoniere ferroviario, entra in Clinica il 18 febbraio 1928, Il suo gentilizio è negativo per tare morbose degne di nota.

Il G. R. è nato a termine, da parto regolare: fu allattato dalla madre. Loquela, dentizione e deambulazione si iniziarono in epoca fisiologica. Manca nell'anamnesi personale remota qualsiasi affezione propria dell'infanzia e dell'adolescenza.

Cominciò a lavorare ai quattordici anni di età, agli inizi quale muratore, di poi, a diciotto anni, nelle Ferrovie dello Stato quale cantoniere, mestiere che non ha più abbandonato.

Ha condotto in genere vita disagiata: si è esposto con frequenza ad intemperie e, per lo più, ha abitato in case umide, male aereate, spesso situate in zone malariche. Si è nutrito, per altro, sempre a sufficienza, anzi, è stato un forte mangiatore ed un forte bevitore di vino. Modico fumatore, nega ogni manifestazione luetica o venerea.

Dal 1917 al 1919 prestò servizio militare sia al fronte che nelle retrovie. A 21 anni contrae matrimonio con donna sana la quale ebbe quattro figli tuttora viventi, nessun aborto.

Nel settembre 1917, per pochi giorni, ebbe a lamentarsi di violenta cefalea frontale e di imponente diarrea 14-15 scariche *pro die*. Ricoverato in Ospedale, rimase apirettico ed uscì guarito dopo una settimana.

Nel 1924, dopo una lunga marcia, compiuta sotto la pioggia ed il vento, fu colpito da dolori violenti nelle regioni laterali del torace e nelle masse muscolari degli arti inferiori. Non aveva febbre, non tumefazione alcuna a carico delle regioni interessate. Col semplice riposo, in una settimana, ogni disturbo scomparve. D'allora, e fino al 5 novembre 1926, stette bene, allorchè, mentre era intento al suo lavoro di cantoniere, per un passo falso scivolò e cadde in un pozzo, della profondità di un metro circa, contenente acqua. Non si fece apparentemente male, tanto che potette rialzarsi senza l'aiuto di alcuno, e riprendere le sue occupazioni. Finito il lavoro si recò alla sua casa percorrendo a piedi circa otto chilometri. La sera però, mentre era già in letto, avvertì un vivo senso di freddo che durò qualche ora: non seguì febbre: la temperatura non fu controllata col termometro. Il mattino seguente l'infermo si recò egualmente al lavoro ed alle sue abituali occupazioni attese per tre giorni (1926).

L'8 novembre, verso le ore 14, fu colto da un dolore localizzato alla base dell'emitorace destro, dapprima lieve, poi sempre più accentuantesi. Si mise in letto: sopravvennero dolori anche all'emitorace sinistro, alle masse muscolari degli arti superiori ed inferiori, non pare alle articolazioni, ma sovratutto era molestato da un dolore insorgente saltuariamente, che dalla coscia destra si irradiava con notevole intensità a tutto l'arto inferiore dello stesso lato. Aveva il p. anche scarsa tosse ed espettorato modico. Sostiene di non aver avuto febbre. Un sanitario diagnosticò una bronchite e reumatismo muscolare; consigliò delle piccole dosi di aspirina che il p. ingerì per dieci giorni consecutivi. Il malato aggiunse, di sua spontanea iniziativa, l'applicazione di sanguisughe alla base dell'emitorace destro. Pare che col riposo e le cure i disturbi diminuissero notevolmente, tanto che ai primi di dicembre il p. lasciò il letto.

Nel mese di gennaio 1927, sebbene non perfettamente guarito, riprese il suo lavoro di cantoniere: per esso percorreva diversi chilometri a piedi, ma stentatamente, lagnandosi di un senso di debolezza alla gamba destra. Ben presto ricominciò ad essere molestato da un dolore insorgente saltuariamente e con notevole violenza, dalla radice della coscia irradiantesi a tutto l'arto infe-

riore destro. Accusava inoltre parestesie e senso di freddo a carico dell'arto interessato. Apparentemente in questo periodo la deambulazione non era ancora notevolmente inceppata: avvertiva bensì un senso di peso e di ostacolo lieve nel sollevare la gamba destra ed era costretto a fermarsi spesso, fatti alcuni passi, a riposarsi, prima di riprendere il cammino.

Dal gennaio al maggio 1927 l'infermo, pur attendendo sempre alle sue occupazioni, se pure in maniera molto limitata, notò un progressivo aggravarsi dei suoi disturbi.

Il senso di peso ed i dolori all'arto inferiore destro si accentuavano, compariva un dolore sordo, continuo, che da ambedue le regioni lombari si irradiava anteriormente a fascia agli ipocondri: ripetutamente in questo periodo il p. notava l'improvviso mancare di tanto in tanto nella deambulazione, dell'arto inferiore destro, tanto che facilmente cadeva battendo a terra il ginocchio destro: in genere stentava a rialzarsi da sè e qualche volta dovette essere sollevato dai compagni. Le cadute non furono mai precedute da ronzii o da vertigini.

Il 7 maggio 1927, per i dolori e la crescente debolezza a carico della gamba destra, sospese ogni occupazione e si ritirò a casa, passando le sue giornate o disteso sul letto o seduto su di una poltrona compiendo solo brevi passi ed a fatica. Un sanitario gli fece delle applicazioni di corrente elettrica e una ventina di iniezioni di iodio. A detta dell'infermo dopo tali cure i dolori si attenuarono lievemente.

Nel giugno 1927 anche l'arto inferiore sinistro fu colpito da parestesie, senso di freddo e dolori meno intensi che a destra, irradiantisi però ugualmente dalla radice della coscia verso il basso. Ancora il malato, se sostenuto dai familiari e con l'aiuto di un bastone, poteva deambulare, ma a fatica. La deambulazione provocava dei dolori violentissimi prevalentemente alle articolazioni tibiotarsiche d'ambo i lati, in minor misura alle articolazioni del ginocchio e coxo-femorali: pare che le articolazioni tibio-tarsiche fossero un poco tumefatte; i dolori erano sempre più intensi all'arto inferiore destro che sinistro. Dal 1° al 15 agosto 1927, per consiglio medico, fu sottoposto ad una serie di fanghi caldi: da questo periodo i dolori si attenuarono notevolmente mentre cominciò a manifestarsi più intenso e progressivamente crescente d'ambo i lati quel senso di pesantezza e di inceppamento dei movimenti. Questi disturbi della motilità per la loro rapida progressione impressionarono notevolmente l'infermo anche per la comparsa di un nuovo fenomeno spontaneamente notato: avendogli un sanitario prescritto delle unzioni con una pomata non precisabile da eseguirsi nelle regioni dorso-lombari, il p. si accorse che la sua sensibilità tattile era notevolmente attenuata a partire dalla metà inferiore del dorso. Contemporaneamente anche anteriormente il p. notò la comparsa di una zona di ipoestesia il cui limite superiore precisava a circa due dita sotto l'arcata costale e di qui anteriormente e posteriormente fino alle dita dei piedi. Pare che tale disturbo sia insorto soltanto nell'agosto 1927.

Verso la metà dell'ottobre il malato accusava i seguenti disturbi: incapacità assoluta di compiere da solo qualsiasi movimento degli arti inferiori, ipoestesia tattile, parestesie e dolori fattisi di nuovo intensi dai fianchi alle estremità degli arti. In questo mese un sanitario consigliò delle iniezioni intramuscolari a base di mercurio e bagni caldi agli arti inferiori. A detta del p. l'ago da iniezione non produceva dolore quando trafiggeva la cute della regione glutea e provocava invece una sensazione dolorosa vivissima quando raggiungeva i tessuti profondi. Furono praticate in tutto 34 iniezioni: i dolori si attenuarono, ma i disturbi della motilità e della sensibilità rimasero invariati. Mai era comparsa febbre, mai disturbi a carico dell'apparato respiratorio o gastroenterico. Non disturbi della vista, dell'udito; appetito sempre buono, aumento del peso corporeo. Non disturbi dell'evacuazione, minzione sempre normale; urine limpide, di quantità normale. Non disturbi della sfera genitale.

Rimane stazionario alcun tempo finchè il 18 febbraio 1928 entra in Clinica.

E. O. Ottimo stato generale di nutrizione; costituzione scheletrica regolare; decubito abituale supino; sensorio integro. Cute roseo-bruna; pannicolo adiposo notevolmente sviluppato. Nulla a carico dei muscoli, delle articolazioni, del sistema osseo. Sistema pilifero abbondantemente sviluppato. Lingua patinosa, rosea ai bordi, umida. Retrobocca leggermente arrossato.

Collo corto, tozzo, di forma quasi cilindrica.

Torace ampio, simmetrico, con appena accennate le fosse claveari, le spinose, gli spazi intercostali. Non deviazioni della colonna vertebrale. Nulla a carico della funzione toracica; indolenti i punti di emergenza dei nervi intercostali. Dolente alla pressione la doccia paravertebrale sinistra a partire dall'apofisi spinosa della III vertebra dorsale. Gli apici e le basi del polmone si fissano con la percussione in sede fisiologica. Suono chiaro polmonare su tutto l'àmbito. Normale il murmure, non rumori.

Cuore nei confini fisiologici: all'ascoltazione, sulla punta, il primo tono si ode accompagnato da intenso rumore di soffio che non si trasmette verso l'ascella. Esso si ascolta, sebbene attenuato, sul *centrum cordis* e sulla polmonare. Secondo tono netto su tutti i focolai. Polso eguale, ritmico, di media ampiezza, di frequenza normale.

Addome trattabile, indolente; fegato e milza non si palpano.

Apparato linfoglandolare: non si palpano glandole nelle stazioni periferiche.

Apparato genitale: nessuna anomalia.

Sistema nervoso: *facies* senza speciali caratteri. Nulla all'esame della motilità dei bulbi oculari e dei muscoli mimici. La lingua protrusa dall'arco dentario non devia.

Nulla a carico dell'atteggiamento e della motilità del collo.

Nulla a carico della motilità attiva e passiva degli arti superiori.

Arti inferiori: colpisce l'osservatore la posizione in estensione forzata delle cosce, delle gambe e dei piedi. Le cosce piuttosto addotte, i piedi in marcato equinismo. Le diverse masse muscolari si mostrano all'ispezione ed alla palpazione in lieve ipertono e qua e là si disegnano nettamente con le loro sporgenze sulla cute. Si stenta, afferrando il piede, a flettere i vari segmenti l'uno sull'altro. Ogni movimento attivo a carico delle cosce, delle gambe, dei piedi, delle dita è abolito. Anche con l'aiuto di più persone il p. non riesce ad assumere la posizione eretta e quindi ogni tentativo di deambulazione è vano.

Riflessi tendinei ed osteoperiostei: rotulei ed achillei esagerati d'ambo i lati. Clono del piede e della rotula vivo e duraturo d'ambo i lati, a scosse ritmiche, regolari. Presente il riflesso degli adduttori; presenti ma deboli d'ambo i lati il radiale, l'ulnare, il tricipitale, il bicipitale.

Riflessi cutanei e mucosi. Presente il riflesso congiuntivale d'ambo i lati. Addominale superiore, medio ed inferiore assenti d'ambo i lati. Presenti i cremasterici. Babinski presente d'ambo i lati, più spiccato a sinistra che a destra. Gordon, Schaeffer, Oppenheim provocabili d'ambo i lati. Dermografismo vivo sulla cute della metà inferiore del tronco, specie posteriormente.

Pupille di forma normale ben reagenti alla luce ed all'accomodazione.

Sensibilità: anafia, termoanestesia pel caldo e pel freddo, ipoalgesia, batianestesia, barianestesia a partire da una linea passante sul torace a livello della prima vertebra lombare.

Disturbi vasomotori: oltre all'accennato dermografismo sulla cute del tronco è da mettere in evidenza un costante raffreddamento di ambo le estremità inferiori.

Disturbi trofici: nel momento dell'esame, eseguito all'ingresso in Clinica, non si notano escare.

Sfinteri: ritenzione urinaria.

Esame di laboratorio. — Crasi sanguigna qualitativamente e quantitativamente normale. Urine mai presentanti elementi patologici. Negativa la cutireazione alla tubercolina. Negativa la Wassermann R. nel siero di sangue. Negative le intradermo-sottocutaneo-reazioni e siero-reazioni per cisti di echinococco. Al Riva-Rocci 135 mm. di pressione arteriosa massima e 80 di minima.

All'esame oftalmoscopico: nessuna alterazione del *fundus oculi.* Visus=12/10 in O O. con percezione del più piccolo carattere a 25 cm. in O O. Normale il campo visivo.

L'esame radiografico e radioscopico non mostra alterazioni nei campi polmonari: non mostra alterazioni, deviazioni a carico dei corpi, della apofisi della colonna dorso-lombare nelle diverse posizioni.

Puntura lombare: si estraggono 6 cmc. di liquor. La pressione iniziale al Claude era di cm. 56; la pressione nell'iperestensione del capo, di cm. 54; con la compressione delle giugulari, di cm. 54; la pressione, dopo l'estrazione del liquido cade a cm. 52. Si trattava di un liquor limpido, xantocromico, che non diede luogo a formazione di reticolo, con il 0,22 di albumina al rachialbuminometro del Sicard, con W. R. negativa, con assenza di elementi figurati nel sedimento.

Alcuni giorni dopo la puntura lombare, con puntura della cisterna magna, iniettiamo nello speco gr. 1,50 di lipiodol pesante (Iodenol). L'esame radiografico mostra l'arresto di questa sostanza subito dopo l'iniezione, in corrispondenza del margine inferiore della III vertebra dorsale, raccogliendosi al disopra di tale punto per uno spazio di tre vertebre (vedi figura), cioè fino alla prima dorsale. Qui permane per tre giorni quasi immutato: al terzo giorno si comincia a notare un poco di Iodenol nel sacco durale ed alcune gocce della sostanza opaca che discendono alla IX-XII dorsale. Nessuna goccia nello spazio intermedio. Dopo sette giorni tutta la sostanza è passata e raccolta in basso. Dopo dieci giorni si osservano iniettate tutte le radici lombari e la cauda alla loro origine.

Successivamente al ricovero, il p. vede aggravarsi la sua paraplegia; di tanto in tanto accusa dolori agli ipocondri e senso vivo di freddo pel corpo; la ritenzione urinaria è oscillante; talora ha stipsi, tal'altra perdita involontaria delle feci; di continuo ha sudorazione intensa agli arti inferiori, specie nei piedi; dolori lungo gli arti inferiori ed in corrispondenza delle docce paravertebrali a livello della IV-V dorsale alla pressione digitale. Dopo dodici giorni la paralisi tende a divenire flaccida con diminuzione del clono della rotula, del piede, mentre rimane immutato il limite superiore dell'anestesia a livello della X-IX dorsale. La diuresi è piuttosto abbondante e nelle urine si nota qualche corpuscolo di pus: si mettono in evidenza vivaci riflessi di difesa i quali si possono provocare sia col pizzicamento della cute che coll'applicazione di ghiaccio fino ad una linea passante due dita trasverse al di sopra dell'inguine. A quindici giorni dall'ingresso anestesia tattile termica e dolorifica a partire da 10 cm. al disopra dell'ombelicale trasversa, dolori vivi lungo il lato interno degli arti inferiori, stipsi ostinata, sempre più intensa la sudorazione e sempre più intensi i riflessi di difesa.

Apiressia costante.

La minuta descrizione che volutamente ho tracciato e dell'anamnesi e dell'esame obiettivo, ci esime dalla facile erudizione di diagnosi di organicità o di funzionalità della malattia, dato l'inizio dell'affezione (caduta in servizio!): basta pensare alla inesorabile progressione dei sintomi, con una prima fase radicolal-

gica ed una seconda paraplegica midollare, alla presenza del Babinski, ecc.

Così pure non difficile era precisare la sede dell'affezione: assenza di fatti a carico dei nervi cranici, tipo « para » della malattia ponevano la lesione nell'asse spinale; per una migliore localizzazione in altezza deponeva la costante e geometrica delimitazione dei disturbi sensitivi a livello della seconda porzione della colonna dorsale e del corrispondente asse spinale. L'anestesia anteriore quasi a livello dell'apofisi xifoide ci portava verso la IX dorsale, e cioè verso la VI realmente. Ma poteva la lesione midollare essere primitiva o secondaria, ad es. ad una lesione vertebrale: vi era stata una caduta ed era perciò logico pensare ad una frattura o lussazione vertebrale e consecutiva mielite: l'evoluzione lentamente progressiva dei fatti (anni), la assenza di deformazioni vertebrali, sia cliniche che radiologiche, ce lo fecero escludere. Non pensammo che per pochi istanti ad una radicolite, troppi i sintomi essendo a carico dei centri e non delle radici o dei nervi periferici. E qui entriamo nel pieno della questione: la natura dell'affezione. Si trattava di un processo a lento decorso e perciò non vi era troppo da discutere: una sifilide midollare era esclusa dall'assenza di ogni segno anamnestico, obiettivo e sierologico di lues. Che se di lues si fosse trattato le cure più volte tentate antiluetiche avrebbero sortito benefico effetto, duraturo miglioramento. Contro un morbo di Pott, ci fu di prezioso aiuto la radiografia nelle varie posizioni della colonna: nessuna alterazione delle vertebre fu notata, e nessuna lesione tubercolare fu riscontrata all'esame degli organi interni: perfino la cutireazione era negativa!

Il concetto di essere in presenza di un tumore, di una neoformazione progressiva, a carico del midollo sorse in noi già dall'elaborazione dell'anamnesi e dal minuto esame obiettivo. Applicato al caso il metodo proposto dal Sicard al lipiodol ebbimo la conferma piena della supposizione diagnostica: si poneva in chiara evidenza una neoformazione extradurale, e con la diagnosi di « compressione del midollo dorsale, con estensione della compressione dalla VII-VIII, quale ci indicavano i disturbi sensitivi ed i riflessi di difesa, « compressione da tumore extra durale » il p. fu inviato per l'intervento in Clinica chirurgica.

L'operazione fu eseguita dal prof. Alessandri: tenuto come punto di mezzo la IV vertebra dorsale, fu fatta l'asportazione delle lamine della III-IV-V vertebra. Si vide allora un tessuto grigiastro, specie a destra, sotto forma di gavoccio, aderente alla parete laterale ossea. Era questo il punto della maggior compressione: la massa grigiastra impediva di vedere la dura madre che fu messa allo scoperto con un taglio nella massa di neoformazione. La dura si rende evidente pel suo colorito bianco-grigiastro: si vide allora che la massa neoformata circondava quale manicotto pressochè completo, il midollo, si staccava facilmente dalla dura e si estendeva tanto in basso che si dovette asportare anche la lamina della VI. Mentre nel punto di maggior compressione il tumore era sotto forma di vero e proprio manicotto, sia verso l'alto che verso il basso esso si prolungava e si assottigliava, restringendosi e limitandosi alla sola parete posteriore. La lunghezza totale del tumore asportato era di cm. 13,5.

L'esame istologico del neoplasma dimostra che esso ha la struttura fibroendoteliale: il suo esterno è costituito di tessuto connettivo fibroso, fra cui si osservano elementi del tipo endoteliale aggruppati in maniera da costituire dei cordoni pieni che circondano i capillari sanguigni e linfatici. Non vi si notano zone di calcificazione nè formazioni a tipo perle. Prevaleva la formazione angioblastica immatura. In conclusione si poteva escludere trattarsi di una angiosarcoma, come in alcuni tratti si poteva supporre per la ricchezza dei vasi, e formulare la diagnosi istologica di meningioma angioblastico.

Aggiungeremo che l'esito immediato dell'atto operativo fu buono: ad un paio di mesi di distanza però comparvero complicazioni trofiche e vescicali: in tale stato il p. fu riportato nel proprio domicilio.

Come nella completa relazione sui tumori spinali (34° Congresso di Medicina Interna, Roma, 1928) ricorda lo Schüpfer, i tumori extradurali eccezionalmente possono raggiungere la lunghezza di cm. 10-11. Il nostro caso rientra dunque in queste eccezioni, anzi se ne differenzia per la ancora maggiore lunghezza, superiore ai 13 cm. In uno con la lunghezza dobbiamo far risaltare la forma « a manicotto » e dal punto di vista clinico la durata per anni.

RIASSUNTO.

Descrizione clinico-anatomica di un tumore primitivo, extradurale, dorsale, di eccezionale lunghezza (cm. 13,5), di curiosa forma a manicotto, tubulare, tumore costituito microscopicamente di formazioni angioblastiche.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE CIVILE DI POGGIBONSI

Nuovo metodo di amputazione della coscia e del braccio.

Dott. ANTONIO LAZZERONI, chirurgo primario.

L'amputazione è un intervento demolitivo che oggi tutti i chirurghi cercano di evitare in quanto loro compito ideale è di curare, non di asportare la parte del corpo ammalata; ma disgraziatamente vi sono delle contingenze rappresentate in primo luogo dai tumori e dalle gravi infezioni in cui l'amputazione rimane l'ancora di salvezza alla quale, sia pure a malincuore, dobbiamo affidarci per la salute del paziente.

Una branca della chirurgia, l'ortopedia, ha con progressi veramente lusinghieri cercato di migliorare le condizioni statiche e funzionali dei mutilati con l'applicazione di apparecchi di protesi che mettono il malato nello stato di vita presso che normale; ma perchè tali apparecchi possano essere ben applicati e quindi ben tollerati occorre che il chirurgo provveda a che il moncone di amputazione abbia alcuni requisiti indispensabili:

a) che non sia troppo corto;

b) che sia costituito da un buon cuscinetto di parti molli;

c) che la cicatrice cutanea non sia aderente all'osso e quindi dolorosa e facile ad ulcerarsi.

La maggiore o minore lunghezza del moncone non è in genere alla discrezione del chirurgo, ma alla sede o alla natura dell'affezione; ciò che invece dipende dall'operatore sono gli altri due requisiti che noi dobbiamo cercare di ottenere con la perfezione della tecnica.

In tutti i trattati di medicina operatoria che mi è stato possibile consultare, da quelli di vecchia data ai più moderni italiani e stranieri, ho rilevato come l'amputazione abbia dato luogo, ai numerosi cultori della chirurgia, di proporre e di eseguire i più svariati metodi nei quali però è rimasto invariato il susseguirsi dei tempi che l'operazione stessa comprende, cioè:

1°) recisione della cute e dei muscoli;

2°) sezione dell'osso;

3°) emostasi definitiva con la legatura dei vasi;

4°) trattamento della ferita operatoria.

Scopo di ogni chirurgo è di eseguire la sezione delle parti molli in modo che ultimata la demolizione sia possibile di riunire la ferita per mezzo della sutura facendo sì che il moncone osseo riesca totalmente e sufficientemente coperto e che la cicatrice, specialmente trattandosi di arti inferiori, venga a trovarsi in una sede favorevole.

Ma qualche volta accade che, eseguita una amputazione, ci accorgiamo di non aver provveduto a costruire un sufficiente cuscinetto al moncone ed in questi casi poco favorevoli andiamo incontro a due inconvenienti: Se la ferita guarisce per prima avremo un moncone che riuscirà dolente all'applicazione di un apparecchio ortopedico, se la ferita suppura le parti molli già deficienti vanno allontanandosi dal piano di sutura e lasciano il moncone osseo scoperto.

Mi si obietterà che se l'amputazione fosse eseguita con tutte le regole di tecnica operatoria ciò non dovrebbe accadere; ma in realtà ciò avviene nonostante la scrupolosità e la capacità del chirurgo perchè non solo ne ho avuto la prova personale, ma ho veduto tali esiti poco brillanti in operati da Maestri della chirurgia.

Se ciò può dunque accadere in mani abili ed esperte significa che la manchevolezza non è tutta nell'esecutore ma più che altro nel metodo che, per un complesso di circostanze, non offre quella sicurezza di risultati che a prima vista parrebbe.

Per ovviare a tali inconvenienti ho pensato che la soluzione più sicura fosse quella di sezionare prima l'osso, poi di eseguire l'amputazione delle parti molli; in questo modo i tempi dell'operazione sarebbero i seguenti:

1) Incisione della cute parallela all'arto e divaricazione dei muscoli.

2) Sezione dell'osso.

3) Recisione della cute e dei muscoli.

4) Emostasi definitiva.

5) Trattamento della ferita operatoria.

Si comprende come sezionando prima l'osso noi abbiamo la visione del punto esatto ove trovasi lo scheletro e siamo quindi in grado di provvedere alla sua protezione nel migliore dei modi.

Ecco come eseguisco tale intervento.

Col lapis al nitrato d'argento segno sulla cute il punto dove devo amputare le parti molli e quello dove sezionare l'osso (fig. 1).

Nel punto dove deve cadere la sezione dell'osso incido, parallelamente all'arto e sulla faccia laterale esterna, la cute ed il sottocutaneo e quindi divarico i muscoli e metto allo scoperto lo scheletro.

Dopo aver scollato accuratamente il periostio passo una sega a nastro al disotto dell'osso

e lo seziono. La recisione delle parti molli viene fatta nel modo abituale e l'isolamento della massa muscolare aderente allo scheletro, già sezionato, vien facilitato da una leggera trazione che esercita un assistente sulla parte da asportare (fig. 2).

FIG. 1.

Proceduto alla emostasi definitiva ed alla sutura della ferita operatoria utilizzo l'incisione laterale per applicare un tubo di drenaggio. (fig. 3).

FIG. 2.

Come si vede tale intervento non presenta alcuna difficoltà; vi è però un tempo dell'operazione che bisogna eseguire accuratamente: quello dell'isolamento dell'osso perchè se non si isola bene non è possibile passarvi la sega a nastro.

Non è necessario che la sega sezioni completamente l'osso, basterà una lieve incisura perchè un colpo di scalpello completerà la sezione.

FIG. 3.

E' naturale che questa amputazione sia indicata in parti di arto dove lo scheletro è costituito da un osso unico, e quindi nel braccio e nella coscia, poichè nell'avambraccio e nella gamba l'isolamento delle due ossa sarebbe assai difficile per non dire impossibile.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un nuovo metodo di amputazione della coscia e del braccio, consistente nel sezionare l'osso prima delle parti molli, allo scopo di ottenere una più sicura protezione del moncone osseo.

SUNTI E RASSEGNE.

MALATTIE CUTANEE E VENEREE.

La cura moderna dell'eczema.

(J. Darier e A. Tzanck. *Presse médicale*, 17 gennaio 1931).

Secondo la concezione fondamentale a cui s'ispirano gli autori, l'eczema non si può oramai considerare più come una lesione tossica (tossidermia od auto-intossicazione) bensì come una *reazione d'intolleranza della pelle* verso una quantità di agenti, dei quali alcuni hanno proprietà nocive di per sè stessi, altri invece sono del tutto inoffensivi, ma ciò non ostante sono mal tollerati.

Il compito del medico, adunque, consisterà nel lottare contro la particolare irritabilità del malato, sopratutto abituandolo alla sostanza nociva. E se vogliamo paragonare le reazioni d'intolleranza con quelle delle malattie infettive, l'abitudine ai prodotti irritanti è il parallelo della immunizzazione nelle affezioni microbiche.

Gli AA. riassumono questa prima parte del loro lavoro concludendo che nella terapia dell'eczema noi non dobbiamo disintossicare ma disensibilizzare.

Una reazione fa presumere:

1) Un agente che fa *scattare* (scatenare) la reazione;

2) un organismo sensibile a questo agente e che si può supporre fornito di proprietà o di sostanze (« reagine ») corrispondenti all'agente stesso;

3) un meccanismo latente, o formatosi successivamente, di « sensibilizzabilità » giacchè il soggetto è, oppure è divenuto sensibile mentre non tutti lo sono ed egli stesso non lo era prima.

Ciò posto, noi dobbiamo proporci, schematicamente, di agire:

a) sulla reazione: *trattamento locale;*

b) sull'agente della reazione, sopprimendolo: *trattamento causale* (*astensione*);

c) inattivando le reagine: *medicazione anti-choc;*

d) sul meccanismo della reazione: *disensibilizzazione;*

e) sulla sensibilizzabilità: *medicazione preventiva.*

Trattamento locale. Riposo professionale e negli eczemi generalizzati degenza a letto. Detersione della superficie malata (acqua di Alibour diluita, creme rinfrescanti, oppure glicerolato di amido (30), carbonato di magnesio e talco (ana 5), ittiolo (1).

Gli eczemi eritrodermici molto estesi o generalizzati si giovano delle polveri grasse e delle paste rinfrescanti (con acqua): spesso peraltro dobbiamo limitarci a tener avvolto l'infermo fra due lenzuola abbondantemente cosparse di polvere.

Gli eczemi parassitarii, dovuti alla presenza locale di mixomiceti o di fermenti patogeni nell'epidermide, meritano un trattamento a parte (tintura di jodio diluita in alcool, 1-3 %, frizionata una volta al giorno, con applicazione alla sera della pomata di Whitfield e cioè: acido salicilico 3 %, acido benzoico 6 %).

A parte questo, tutte le superfici eczematose sono più o meno infette od infettabili ed è perciò necessario ricorrere ad antisettici poco irritanti: lozioni con acqua di Alibour diluita in 4-8 parti di acqua, oppure una pomata di ossido giallo di Hg. 5 % con acido salicilico e resorcina ana 1 %. Gli AA. consigliano particolarmente l'alcool etilico puro a 90° che ha una notevole azione disinfettante e disseccante.

Per mantenere lo stato di asepsi, per proteggere la superficie malata, per rigenerare lo strato corneo etc. si ricorre alle così dette paste all'ossido di zinco, talco etc., cioè pomate ad alto contenuto di polveri inerti e come tali più porose, cui si possono aggiungere derivati del catrame (ittiolo, tumenolo, olio di cade, olio di betulla) e resorcina ed acido salicilico (1 %).

I filtrati ed i lisati batterici (anche di autocolture), applicati localmente sotto forma di pomate (immunità locale e anti-virus di Besredka) non han dato i risultati che se ne poteva attendere.

Gli agenti fisici, e specialmente certe irradiazioni, possono agire utilmente come mezzi locali, all'infuori della loro azione generale. Soprattutto i raggi X sono capaci di fare risolvere l'infiltrato di un eczema lichenificato: naturalmente queste applicazioni, dati i gravi inconvenienti cui possono dar luogo, devono farsi in casi del tutto eccezionali.

Trattamento causale. Se l'eczema è in rapporto con cause locali esterne, si devono ricercare i contatti accidentali od abituali d'ordine professionale, casalingo, terapeutico, cosmetico, ecc., senza preoccuparsi dell'argomentazione del malato il quale ci dica che questa o quella sostanza è stata da lui adoperata per lungo tempo senza averne risentito danno di sorta.

Si dovrà inoltre pensare alle cause parassitarie. In generale la sede, l'aspetto e l'evoluzione degli eczemi micotici (eczema marginato di Hebra, tricofizie cutanee ecc.) fanno di per sè soli sospettare la loro origine che poi sarà confermata dall'esame microscopico e dalle culture.

È un po' meno facile di giudicare dell'origine microbica di un eczema giacchè un gran numero di batterii (stafilococchi, streptococchi, enterococchi) sono ospiti normali della pelle e possono infettare persino delle dermiti causate da antisettici: occorre quindi un insieme di prove per essere autorizzati ad incriminarli quali causa diretta di eczemi.

Non bisogna trascurare poi la possibile influenza di focolai parassitarii ed infettivi lontani e più o meno occulti (alveolo-dentarii, tonsillari, auricolari, appendicolari, colecistici e genito-urinarii ecc.), nè dimenticare che una grande quantità di eczemi è in rapporto con una di queste cause locali o « in situ » o a distanza, mentre sono meno frequenti gli eczemi provocati per la via dei vasi ed ancora più rari quelli dovuti a cibi o bevande individualmente non tollerati. L'esempio più tipico di queste ultime forme è l'eczema dei lattanti.

Senza perdere di vista che la reazione « eczema » esige una sensibilità idiosincrasica od acquisita che si può, se si vuole, designare in blocco col nome di « allergia », è bene in ogni caso fermare la nostra attenzione su queste azioni locali e, solo dopo averle ricercate e possibilmente eliminate, si penserà alla sensibilità patologica ed alla disensibilizzazione.

Non si può peraltro disconoscere che questo metodo, che gli AA. chiamano « *metodo dell'astensione* », lascia sussistere l'anormale sensibilità del soggetto, ciò che espone alla possibilità di una intolleranza polivalente ed ai pericoli di un urto (« *rencontre* » *nel testo*) fortuito o larvato dell'antigene che in pratica è difficile evitare e che può dare luogo a fenomeni allergici temibili (asma, edema della glottide, edema pulmonare etc.). Gli AA. citano in proposito il caso di una donna morta per avere ingerito della carne cruda allo scopo di rialzare le sue forze, dopo che da qualche mese si era astenuta da ogni cibo di origine animale.

Disensibilizzazione. Noi possiamo effettuare una *d. specifica*, con metodi diversi: *per via esterna*, irritando ripetutamente la cute con la stessa sostanza incriminata o applicandola sulla pelle scarificata o iniettandola nell'epidermide o nel derma (cuti-intradermoreazione) o mettendola a contatto prolungato con i tegumenti (reazione trans-epidermica), oppure per *una via diversa*, le vie digerenti p. e., facendo ingerire al soggetto la sostanza non tollerata, in dosi minime dapprima, di poi via via crescenti.

Senza dubbio si sono avuti dei notevoli successi con questi metodi i quali, gli AA. lo ripetono ancora, possono ravvicinarsi a quelli immunizzanti nelle malattie infettive per mezzo delle vaccinazioni ripetute.

Il metodo della cuti-reazione, nel più largo senso della parola, può essere anche usato come mezzo diagnostico per determinare l'agente nocivo, ma con effetti limitati giacchè il parallelismo degli accidenti spontanei e di quelli provocati non è rigoroso (può darsi il caso che questa o quella regione cutanea sia, essa sola, sensibile) ed anche perchè non vi è una relazione costante fra la sensibilità della pelle e quella di altri tessuti dell'organismo.

Proprio anzi per quest'ultima ragione il metodo, adoperato a scopo di cura, ha dato luogo talvolta a fenomeni gravi (specie nella intradermo-reazione) sopratutto negli asmatici.

In conclusione se la nozione della specificità è piena d'interesse, non bisogna dimenticare che si tratta di « reazioni individuali » e, come si esprimono gli AA., di « individui a reazione ».

Si conoscono poi metodi di *disensibilizzazione non specifica* (*metodo anti-choc*).

Noi possiamo figurarci l'organismo sensibile, o sensibilizzato, a questo o quell'agente, come un deposito di munizioni che un obice farebbe scoppiare tutto in una volta. Con piccoli chocs ripetuti si cerca di esaurire il deposito di reagine, intervenendo poco prima del contatto con l'antigene incriminato (metodo di Besredka: scheptofilassi).

Il tipo di questa disensibilizzazione è dato dall'ingestione di peptone « ante cibum », o dalla cutireazione al peptone.

È probabile che l'autoemoterapia, le ventose, l'autosieroterapia, l'autoemolisiterapia, etc. agiscano con un meccanismo analogo.

Medicazione vago-simpatica. Il sistema nervoso autonomo e quello delle glandole endocrine sono così strettamente associati fra di loro, interdipendenti e dotati di azione reciproca così manifesta che può dirsi il loro insieme costituisca un apparato regolatore delle nostre funzioni ed eventualmente un potente apparato di difesa del nostro organismo.

Numerose prove di distonie vago-simpatiche sono state fornite negli stati di predisposizione in generale e d'intolleranza dai quali deriva l'eczema ed è necessario quindi tenere conto di questo ordine di fattori nella cura di certi eczemi. Così nei vagotonici l'atropina-belladonna può diminuire l'azione del para-simpatico; l'adrenalina ed i sali di calcio aumenteranno l'azione simpatico-tonica.

Nei simpatico-tonici si può aumentare l'azione del vago con la pilocarpina, l'eserina ecc.

Gli AA. accennano qui all'azione, spesso benefica, dei bromuri sull'eczema, specialmente sotto forma d'iniezioni endovenose di bromuro di sodio al 10 %; non è possibile peraltro fino ad ora stabilirne le indicazioni precise.

Opoterapia. Non v'ha dubbio sull'importanza delle ghiandole endocrine nella patogenesi degli eczemi. Così la tiroide in ragione della sua azione sull'anafilassi e sull'equilibrio vago-simpatico; le glandole surrenali e l'adrenalina, che ne rappresenta il prodotto di secrezione interna, per la loro azione vasomotrice; le ghiandole genitali per le modificazioni della reagibilità cutanea che accompagnano la pubertà, la gravidanza, la menopausa, e, nei due sessi in genere, il declinare delle funzioni sessuali. Gli estratti ovarici e, più recentemente, gli estratti testicolari hanno acquistato una notevole importanza nella terapeutica degli eczemi. Meno conosciuti invece e meno usa-

ti in terapia sono gli estratti di timo e d'ipofisi.

Al contrario il fegato sembra avere una parte notevole per la sua azione proteo-pessica ed antitossica così importante nella protezione dell'organismo.

È dimostrato (Roger) che il fegato diventa incapace di compiere sufficientemente le sue funzioni quando il suo parenchima s'impoverisca troppo di glicogene e si è pensato perciò ai mezzi per combattere questa insufficienza, più che con gli estratti epatici, poco efficaci, e quelli biliari, con la somministrazione, a quanto pare con risultati incoraggianti, di glucosio ad alte dosi che aumenta certamente il glicogene epatico ed in pari tempo la glicemia e che è ritenuto anti-anafilattico. Gli autori ricordano qui che nei cani lo choc anafilattico vuota il fegato del suo glicogene e che l'adrenalina diminuisce questo glicogene ed aumenta la glicemia.

In quanto al pancreas, all'infuori dell'insulina (ipoglicemizzante), esso fornisce l'ormone ipotensivo di Gley e Kisthinios e la vagotonina di Santenoise i quali hanno effetti diversi o indiretti per mezzo del sistema vago-simpatico sul glicogene e la glicemia e quindi possono influenzare le funzioni del fegato che qui c'interessano. Le ricerche in proposito però sono ben lungi da conclusioni definitive.

Di recente si annunziano risultati eccellenti da estratti concentrati della milza nelle affezioni allergiche e nell'eczema.

In ogni modo il trattamento opoterapico, come quello che agisce sul sistema vago-simpatico, dà risultati incostanti, a meno che non si sia in grado di precisarne nettamente le indicazioni.

Trattamento « filattico ». Molte sostanze, di natura diversa, hanno proprietà disensibilizzanti indipendenti dalla loro comune azione farmacodinamica.

Fra queste si conoscono dei medicamenti antisifilitici: mercurio, arsenobenzeni, bismuto, jodio e joduri, ciò che ha fatto pensare ad alcuni autori all'origine luetica o eredo-luetica di certe affezioni, quali le prurigini, l'eczema, il lupus eritematoso, l'asma etc. o almeno all'influenza del terreno sifilitico sul loro insorgere.

È da notare poi che queste stesse sostanze, ed anche delle altre, fra cui i sali di oro, sono capaci di suscitare sulla cute fenomeni d'intolleranza a tipo eczematoso (idrargiridi, bismutidi, arsenobenzolidi, auridi etc.), mentre non è raro il vedere una benefica influenza disensibilizzante sugli eczemi dopo la somministrazione di calomelano o di arsenobenzeni per via gastrica, di cianuro di Hg e di sali di bismuto per iniezioni ecc. D'altra parte fra i medicamenti disensibilizzatori vi sono di quelli di cui non conosciamo effetti d'intolleranza sulla pelle, come gli iposolfiti di soda o di magnesio, i sali di argento, colloidi metallici diversi ecc.

Gli AA. designano questa proprietà disensibilizzante, di cui per ora non si conosce il meccanismo di azione, con l'appellativo di *filattica*, e consigliano di attendere una spiegazione scientifica sulla loro natura.

Medicazione preventiva. Molti disturbi organici o alterazioni del metabolismo possono favorire, se non creare, lo stato di predisposizione. Contro questi disturbi in realtà noi combattiamo con i medicamenti vago-simpatici, opoterapici ecc.: ciò che si dovrebbe fare in più, se è possibile, sarebbe l'impedire loro d'insorgere.

È in questo senso che dovrà essere istituita la cura contro la sifilide, se esiste nel malato che vogliamo curare, e quella dell'eredo-lue, della tubercolosi, delle intossicazioni croniche, apparenti od occulte, delle auto-intossicazioni o discrasie (diabete, gotta, reumatismo cronico).

Così pure dovremo tener conto nella cura dell'eczema dell'influenza sulla sua patogenesi dei disturbi digestivi, delle alterazioni dentarie (masticazione, bradifagia), dei focolai settici bucco-faringei e delle cavità vicine.

Il metodo del digiuno nei casi di sovralimentazione o di disturbi digestivi di vario genere (Guelpa: uno o due giorni, a periodi di distanza variabili a seconda dei casi, di digiuno completo, o mascherato dall'alimentazione con sole mele, con copiose bevande, combinato qualche volta con l'uso di purganti) ha non di rado fatto guarire eczemi ribelli ad ogni altra cura.

Contro le anormali fermentazioni dell'intestino saranno indicati i fermenti lattici e, in luogo degli antichi così detti antisettici intestinali (naftolo ecc.) ai quali il solo calomelano sopravvive, i derivati degli arsenobenzoli quali lo stovarsolo, il treparsolo ecc.

L'antisettico intestinale fisiologico è la bile la quale agisce altresì sulla mobilità del tubo enterico e sulle altre secrezioni digestive ed è il più energico dei colagoghi.

La somministrazione di estratti biliari è quindi indicata in questi casi, tanto più che un'esaltazione della biligenia va di pari passo con la più attiva funzionalità del fegato nei riguardi delle proteine, delle tossine e veleni in genere.

La cura a mezzo degli ormoni secreto-digestivi tende a fini analoghi se pure più limitati, come quella che si propone di modificare il lavoro della digestione e di vincere la coprostasi.

Conclusioni. — In presenza di un caso di eczema noi dobbiamo:

1) alleviare le sofferenze del malato e, secondo l'espressione letterale degli AA., salvaguardare l'avvenire. Proteggere quindi le le-

sioni, detergerle con lozioni non irritanti, antisettiche se ne è il caso, ma scelte con cautela; ricoprirle secondo il loro stato attuale con impacchi umidi, polveri inerti, paste o creme in cui siano incorporati agenti antisettici o riduttori.

2) Riconoscere l'origine dell'eczema ricercandone le cause locali esterne (chimiche, fisiche, traumatiche, parassitarie o microbiche).

3) Determinare, quando occorra, con l'esame diretto o culturale quali siano i parassiti od i microbi in causa e istituire un trattamento adatto.

4) Ricercare attentamente i focolai infetti o le localizzazioni parassitarie a distanza, talvolta più o meno occulti, e curarli a seconda della loro natura e della loro sede.

5) Se la causa occasionale non è parassitaria nè infettiva ma p. e. professionale, alimentare ecc., sopprimerla, per quanto è possibile, con l'astensione sia pure provvisoria, dall'agente nocivo.

6) Ricercare gli errori igienici, i disturbi vago-simpatici ed endocrinici, e combatterli in modo razionale.

7) Determinare quali siano le tare organiche o funzionali, ereditarie od acquisite, che possono favorire o creare lo stato d'intolleranza (sifilide, eredo-sifilide, ecc.).

8) Infine tentare di disensibilizzare il malato, sia con i metodi di disensibilizzazione specifica diretti ad ottenere l'abitudine all'agente mal tollerato e tenendo conto delle diverse vie per le quali esso può mostrarsi nocivo e di quelle per cui si può giungere a farlo tollerare; sia con una disensibilizzazione non specifica la quale essa pure può ottenersi per vie diverse mercè i procedimenti di cui si è fatto cenno nel corso del lavoro.

V. MONTESANO.

Il trattamento degli eczemi, malattie di sensibilizzazione.

(H. JAUSION, P. COT e R. SOHIER. *Bull. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1929, n. 32).

Tutti gli eczemi stanno a documentare una *suscettibilità tegumentaria*, elettiva all'inizio, spesso generale al termine dell'esistenza, per una o parecchie sostanze estranee all'organismo e definite col nome di antigeni. Questi antigeni che non hanno proprietà intrinseche comuni, possono giungere alla cute tanto dal l'interno che dall'esterno. Le molte varianti cliniche dell'eczema sono date sia dal terreno (diverse costituzioni dermopatiche) che dalla natura dell'antigene. Se il malato è giovane, la malattia recente e l'antigene conosciuto, il mezzo di desensibilizzazione che praticamente sembra imporsi è la *mitridatizzazione specifica*. Così nell'eczema dei lattanti che viene con una certa rapidità troncato praticando la desensibilizzazione al latte, sia materno che animale, con iniezioni ipodermiche di latte in quantità crescente. Il latte può essere sostituito da una soluzione acquosa al 3 per cento di peptone di latte.

Nei soggetti giovani gli eczemi che si osservano sono generalmente, almeno in un primo tempo, mono-antigenici. Di questo tipo sono anche le dermiti professionali. Una volta stabilita, se possibile, la sostanza nociva se ne farà una soluzione acquosa a freddo, addizionata di formalina, che, dopo filtrazione, verrà iniettata ipodermicamente in quantità diverse a seconda della sostanza in questione.

Tra queste mitridatizzazioni elettive e i metodi generali di desensibilizzazione occupa una posizione di centro l'*autouroterapia*, proposta per la cura degli eczemi diatesici e costituzionali. In soggetti nefritici, diabetici, cancerosi, ecc., l'endo-antigene, di cui è impossibile dimostrare la natura, deve trovarsi nella sua costituzione molecolare più degradata nelle urine del paziente. Questa concezione ha portato al criterio della desensibilizzazione con iniezioni ipodermiche ripetute dell'urina del paziente. Sembra che questo provvedimento rappresenti ad un tempo un mezzo di desensibilizzazione specifica, per la possibile *antigenuria del paziente*, e generale. Nessuna analogia ad ogni modo con la autoemoterapia e con gli chocs proteinici in genere.

In tutte le forme di eczema antico, poliantigenico, la desensibilizzazione neuro-vegetativa, l'innalzamento della soglia di reattività vago-simpatica possono ottenersi con dei metodi generali (autoemoterapia, iposolfito di sodio, pilocarpina). Questi procedimenti saranno vantaggiosamente associati alla mitridatizzazione appropriata.

Per gli eczemi piococcici o micotici, dovuti cioè alla sensibilizzazione cutanea a piococchi o ifomiceti o ai loro prodotti secondari, si impone la bioterapia vaccinica. Sto-kliso-vaccini stafilo-strepto-piocianici preparati con tecnica descritta in precedenti lavori e vaccini polimicosici possono conferire al tegumento uno stato refrattario di durata variabile, ma in pratica sufficiente.

Contro gli eczemi solari dovuti a sensibilizzazione alla luce si desensibilizza somministrando *per os* delle sostanze che arrivano a bloccare parzialmente nell'organismo l'effetto della luce anche se questa è favorita da composti fotodinamici formatisi nell'organismo o introdottivi dall'esterno (gonacrina, tinture diverse). Le sostanze fotodesensibilizzanti più conosciute sono la resorcina e la pirocatechina; all'uso di queste sarà bene associare l'amministrazione di desensibilizzanti generali (iposolfito di sodio).

MONACELLI.

Basi della crenoterapia dei pruriti.

(J. ANGLADA. *Journ. Méd. Français*, ott. 1930).

Alcune stazioni idrominerali migliorano e guariscono le dermatosi pruriginose. La fisiopatologia del prurito ha ancora troppi lati oscuri perchè ci possa fornire criteri di orientamento terapeutico. L'esame dei malati ci permette un piano d'azione più preciso. Esso mette in evidenza nei pruriginosi la frequenza di auto- e di eso-intossicazioni, l'esistenza di una suscettibilità nervosa fondamentale o acquisita, la presenza di irritazioni esterne di natura varia, di disturbi da insufficienza pluriglandolare, qualche volta di segni di colloidoclasia e di allergia cutanea. Questi diversi fattori si intrecciano variamente, l'uno di essi potendo costituire una dominante etiologica.

Dal punto di vista idrominerale è la nozione dell'artritismo che unisce fra loro questi vari elementi. Il pruriginoso ha dunque bisogno di una terapia che lo disintossichi, che calmi il suo sistema nervoso, che modifichi il suo terreno congenito e che abbia, per quanto è possibile, un'azione diretta sulla pelle.

Tutte le acque minerali disintossicano più o meno per la diuresi che esse provocano. Inoltre in ogni stazione minerale si realizzano delle condizioni di isolamento, di riposo, di cura d'aria che costituiscono altrettanti fattori benefici per il sistema nervoso. Accanto a queste risorse i pruriginosi hanno a disposizione l'arsenale abituale delle installazioni idrominerali, cioè i bagni, le docce, la doccia filiforme, le polverizzazioni. Bisogna però cercare qualche cosa di specificamente più attivo, che sia capace di modificare e il terreno e il prurito. Questa medicazione più attiva si realizzerà sopra tutto con l'ingestione delle bevande.

Tre ordini di sorgenti sono utili per il prurito:

1) Le sorgenti ricche di silicati. Il loro meccanismo generale è di ordine disintossicante; non hanno però azione globale.

2) Le acque solforose. Sono vigorose modificatrici dell'organismo e della pelle, ma troppo vigorose per quest'ultima: esse irritano facilmente l'elemento pruriginoso. Occorre dunque servirsi delle sorgenti solforose dolci, solfo-calciche e sodiche leggere.

3) Le acque arsenicali. Hanno un'azione indiscutibile sulla diatesi e sul temperamento; l'arsenico ha inoltre un valore antipruriginoso utilissimo. L'azione dell'arsenico sulle ghiandole vascolari sanguigne, sull'eredolues, il potere antianafilattico, sono altrettante proprietà complementari da aggiungere alla sua azione modificatrice generale o locale.

Il contenuto in arsenico sembra dunque che abbia, dal punto di vista terapeutico, più valore del contenuto in zolfo ed in silicati.

In conclusione, ogni stazione dispone di proprietà disintossicanti (diuresi), calmanti (idroterapia esterna, clima), modificatrici sintomatiche (doccia filiforme), modificatrici etiologiche generali e locali (largamente per l'arsenico, meno completamente per lo zolfo). La scelta della stazione va fatta tenendo conto delle peculiarità del singolo caso. Si deve comunque dare la preferenza alle acque arsenicali, che sono molto utili anche per il prurigo di Hebra e di Besnier.

C. TOSCANO.

Sulla diagnosi delle lesioni da ulcere molli con l'intra-epidermo-inoculazione.

(P. RAVAUT, RABEAU e DIDIER HESSE. *Presse Méd.*, n. 83, ott. 1930).

Spesso si hanno delle lesioni sia dirette sia per diffusione del bacillo di Ducrey, sulla cui natura si resta in dubbio.

Sono state proposte diverse prove per stabilirne la causa etiologica.

Gli AA. riferiscono sulla intra-epidermo-inoculazione con prodotti freschi da essi proposta. Tale prova può mettere in evidenza i bacilli di Ducrey, ciò che non era possibile altrimenti, e quindi stabilire la vera natura dell'infezione ulcerosa, delle adeniti o di altre complicanze.

La tecnica consiste nel raccogliere un po' di materiale dalla superficie dell'ulcera molle, o con aspirazione dai bubboni, ed iniettarlo intra-epidermicamente con una siringa di Barthèlemy, nella proporzione di 3 a 6 divisioni.

Le lesioni che si producono variano dalla semplice papula all'ulcera necrotica, con i caratteri dell'ulcera da reinoculazione. Se il prodotto inoculato è virulento, al 2°-3° giorno vi si trova il bacillo di Ducrey.

L'intra-epidermo-inoculazione dei prodotti ulcerosi può determinare: 1) lesioni tipiche con bacillo di Ducrey; 2) lesioni papulo-necrotiche con i caratteri clinici di ulcere molli da reinoculazione, ma senza bacilli di Ducrey; 3) lesioni papulose di dimensioni varie, senza bacilli.

Tale reazione è stata applicata in 33 malati, con lesioni probabili ulcerose degli organi genitali o dell'ano, come di adeniti, insieme alle altre ricerche: microscopica, cuto-inoculazione, intradermo-reazione al Dmelcos.

Sono state considerate positive solo quelle intra-epidermo-inoculazioni in cui era presente il b. di Ducrey.

La proporzione fra le diverse ricerche è stata la seguente: l'osservazione batteriologica è stata positiva in circa il 20 % dei casi; la cuti-inoculazione il 4 % dei casi; la reazione al Dmelcos il 65 % dei casi; la intra-epidermo-inoculazione il 40 % dei casi.

Da tale confronto, pur avendo riscontrato la maggiore positività con la Dmelcos, c'è da

domandarsi se il paziente non sia stato infettato anteriormente dal b. di Ducrey; invece la intra-epidermo-reazione, con la presenza del b. di Ducrey, rappresenta una prova di indiscutibile valore. Inoltre le reazioni dubbie ottenute (25 su 46 esami) possono essere espressione di lesioni ulcerative poco virulente, piuttosto che infezioni di altra natura, il che dev'essere ancora meglio studiato, per dar maggior valore alla proposta reazione.

L. CARUSI.

ORGANI DIGERENTI.

Sulle periviscériti adesive del tubo digerente.

(C. FITTIPALDI. *Morgagni*, novembre 1930).

Sulle aderenze del tubo digerente è stata richiamata principalmente da Lane, che dette importanza e significato patologico alle « briglie » pericoliche, ileali, ecc. determinanti stasi intestinale cronica. Ed accanto alle aderenze di natura infiammatoria o infiammazioni periviscerali adesive, attorno all'antro, al piloro, al duodeno, alla cistifellea, all'appendice, al colon, agli annessi ecc., si distinguono le membrane periviscerali costituenti un particolare aspetto delle normali strutture legamentose, quali la piloro-duodenale di Harris, le perineali e pericoliche di Jackson, la parietocolica di Spangaro, le briglie di Lane, di Mayo, di Foisy.

Questi processi possono tutti dar luogo a sindromi croniche, dolorose e dispeptiche, individuabili ora all'epigastrio, ora sulle fosse iliache, ora sull'addome destro, ora associate a seconda dei visceri internati, e possono simulare un'ulcera, un'appendicite, una colecistite, un neoplasma dell'intestino. I sintomi funzionali possono andare dal vomito e dalla stitichezza fino al quadro della vera e propria occlusione intestinale o dell'ittero più o meno intenso e progressivo.

Queste sindromi sono individuabili spesso per un quadro radiologico anatomo-funzionale che ha le sue proprie ed importanti caratteristiche. Malgrado però i notevoli contributi portati dalla radiologia e dalla chirurgia, ancora punti oscuri permangono, specie in merito all'interpretazione patogenetica di alcune di dette membrane.

L'A. riporta i risultati di un suo studio sulle periviscériti, riferendo su quanto ha potuto osservare all'autopsia in quattro anni nell'Istituto Armanni. L'A. ha riscontrato con grande frequenza all'autopsia periviscériti adesive del tubo digerente, specie intorno alla cistifellea, all'appendice ed al colon. Esse si sono manifestate come accollamenti di superfici sierose o come membrane trasparenti, velamentose, a volte percorse da vasi, od infine come briglie tenaci, di dimensioni varie, alle quali forme si aggiungevano spesso sclerosi e deformazioni dei meso e degli epiploon. Tali aderenze in molti casi non producevano modificazioni di sorta, ma, per lo più, invece, comprimendo o stirando l'intestino, lo costringevano a brusche angolature, ad arricciature abnormi, che erano causa di posizioni viziose. Le formazioni aderenziali spesso si presentavano all'evidenza come reliquati di processi flogistici acuti o cronici del peritoneo, viscerale e parietale, primitivi della sierosa e secondari a fatti infiammatori dei visceri addominali, ad atti operativi, a neoplasmi del tubo digerente.

In altri casi invece il loro reperto non poteva mettersi in relazione con processi flogistici del peritoneo e dell'intestino, non rilevabili nè all'anamnesi, nè al tavolo anatomico. Se dunque il maggior numero di periviscériti adesive sono riportabili a processi flogistici del peritoneo, non bisogna negare ogni valore alla teoria congenita. Senza dubbio membrane e briglie congenite esistono; l'A. però ritiene che anche in questi casi abbia importanza un fattore flogistico, per lo più di origine intestinale, che si localizza sugli elementi anatomici congeniti, facendo sì che questi, ad un dato momento, si appalesano con fenomeni di ostacolo alla canalizzazione intestinale.

C. TOSCANO.

Il ritardo del transito ileo-cecale e la ipertonia segmentaria del cieco-ascendente nei loro rapporti con l'appendicite.

(JACQUET, GALLY e POREAU. *Presse Méd.*, n. 14, 1930).

Ricerche eseguite su 205 casi di esame radiologico completo del tubo digerente, praticate col metodo del doppio pasto opaco: sei ore prima dell'esame, ingestione di 200 gr. di bario in 250 di liquido che viene ripetuta subito dopo il 1° esame. Soggetti esaminati diverse volte nelle ore successive. Fisiologicamente, dopo sei ore il bario è quasi tutto nel cieco ascendente e comincia a passare nel trasverso: solo una piccola quantità rimane nell'ultima ansa ileale. Questo residuo viene spinto dall'ingestione del secondo pasto preso sotto lo schermo di modo che alla fine dell'esame il tenue è vuoto. Negli affetti di appendicite invece dopo 6 ore la maggiore parte del bario è ancora nel tenue, il cieco è appena abbozzato, l'ascendente non è visibile. L'ingestione del 2° pasto accelera l'evacuazione del tenue, ma questa avviene molto più lentamente e il cieco-ascendente s'inietta più tardivamente.

Su 166 malati di affezioni diverse del tubo digerente non sospetti di appendicite il *ritardo del transito ileo-cecale* fu trovato 20 volte, cioè nel 12 %. Invece su 30 malati affetti di appendicite tale ritardo fu trovato 12 volte,

cioè nel 40 %. In qualche caso solo su questo dato radiologico fu fondata la diagnosi confermata ulteriormente all'operazione.

Un altro dato non meno importante è l'*ipertonia segmentaria del cieco-ascendente*. Non si tratta di una contrattura generalizzata del grosso intestino, che pure non è rara negli individui affetti d'appendicite e che è espressione di una colite concomitante, ma di uno *spasmo localizzato al cieco ascendente* che non interessa il trasverso e il discendente. Questo dato radiologico fu trovato 5 volte nei 166 casi esenti di appendicite (3 %) e 6 volte nei 30 casi affetti d'appendicite (20 %). L'ipertonia segmentaria del colon destro e il ritardo del transito ileo-cecale costituiscono dunque una sindrome radiologica di reale valore per la diagnosi di appendicite. G. PACETTO.

Sul restringimento degli orifici delle gastro-enterostomie nei casi di ulcere gastro-duodenali.

(DELORE e DE GIRARDIER. *Presse Médic.*, n. 18, 1930).

Gli AA. trattano di quelle stenosi della bocca anastomotica che si verificano in operati di G. E. senza la coesistenza di un'ulcera peptica digiunale. Su una statistica personale di 725 interventi hanno osservato 16 volte tale complicazione, sia prossima che lontana. Di questi 16 casi, 13 erano G. E. semplice e 3 G. E. associate ad altri interventi (resezione cuneiforme, gastro-pilorectomia). Quanto alle modalità operatorie, 13 casi erano state fatte al bottone e 3 alla sutura. Ne risulta che la complicanza in parola è più frequente nelle G. E. semplici e in quelle praticate col bottone. Le lesioni trovate all'intervento consistono in un restringimento, fino all'obliterazione della bocca anastomotica, in un'infiltrazione delle pareti della stomia che sono indurite e talora sclerosate, e in lesioni più o meno marcate di perigastrite e peritonite plastica, con aderenze che possono impedire l'esteriorizzazione completa dello stomaco. Per quanto riguarda la lesione ulcerativa per la quale fu praticata la G. E., questa può essere completamente guarita o essere ancora in evoluzione e accompagnata da lesioni di gastrite periulcerosa. In questo caso la stenosi è da riferire alle lesioni infiammatorie estese fino alla bocca anastomotica. Ma anche quando ogni processo flogistico sembra spento e si trovano le pareti della stomia spesse, dure e retratte, bisogna rimontare, per la patogenesi, alle lesioni di gastrite periulcerosa passate allo stato subacuto. Per prevenire la complicanza in parola occorre limitare l'uso del bottone ai casi veramente indicati e praticare, quando si può, la stomia alla sutura e una bocca anastomotica larga, allontanandosi quanto più è possibile dal sito delle lesioni ulcerose e periulcerose. La cura chirurgica adottata da D. e d. G. in queste stenosi consiste, quando lo permettono le condizioni anatomiche della regione anastomotica, in un allargamento della bocca anastomotica nella parte in cui è ristretta. Questa viene disfatta, e sulle due labbra risultanti dal disfacimento si praticano due incisioni che ne prolungano la lunghezza determinando l'allargamento della stomia. Sui 16 casi osservati in 6 hanno fatto una nuova gastroenterostomia e in 10 il semplice allargamento della bocca anastomotica. I risultati di questi 10 casi sono stati eccellenti.

G. PACETTO.

Contributo allo studio della contusione erniaria.

(R. CHABRUT, *La Presse Médicale*, n. 73, pagina 1223).

L'A. si occupa solo delle lesioni prodotte su di un'ernia per l'azione di un trauma violento e si può dire momentaneo.

Fa notare come per concorde osservazione si tratti sempre di ernie inguinali, mai crurali, mai ombelicali. A spiegazione di questo fatto è stata invocata la cresta ossea della branca orizzontale del pube che farebbe da piano resistente. L'A. fa osservare che questo è vero anche per le ernie crurali e che per le ernie inguinali si limita a quelle discendenti lungo il cordone o nello scroto: cosicchè non si spiegherebbe l'assenza, nella casistica, di ernie crurali contuse e la presenza di ernie inguinali contuse sebbene del tipo di bubbonoceli. A parte questa questione, l'entità della lesione erniaria dipende dalla intensità del trauma il più delle volte, mentre talvolta un trauma lieve è capace di produrre lesioni gravi.

L'A. per quei casi, di cui egli stesso ne ha osservati due, in cui esistendo un bubbonocele soltanto, si è avuto, per azione di un trauma piuttosto lieve, uno scoppio intestinale, pensa che si combinino insieme la tensione della parete addominale, determinando un aumento della pressione endoaddominale ed una fuoriuscita maggiore del viscere per la porta erniari, e la scarsa protezione di cui dispone il viscere erniato che è ricoperto solo dalla pelle. Il viscere scoppierebbe come un palloncino di carta che pieno d'aria venga schiacciato rapidamente.

L'A. passa in rassegna alcuni dei casi pubblicati oltre ai suoi e presenta i diversi quadri sintomatici che possono aversi per contusione di un'ernia.

Comincia con 2 casi di soggetti portatori di ernia inguinale esterna i quali dopo l'azione di un trauma presentavano i fenomeni di strozzamento erniario. Operati d'urgenza guarirono ambedue.

In uno fu eseguito un tentativo di riduzione manuale. L'A. critica questa manovra e presenta due casi di ernia strozzata in seguito a

contusione dell'ernia stessa. In uno di questi si ebbe riduzione spontanea durante la narcosi per cui non fu più praticato l'intervento e che fu seguita a distanza di poche ore da fenomeni di peritonite acuta diffusa a tipo tossiemico, operata ma seguita da morte.

Nell'altro caso la riduzione avvenuta spontaneamente 4 ore dopo i fenomeni di strozzamento era seguita pure da peritonite e morte non ostante l'operazione praticata 8 ore dopo il trauma.

In questi 2 casi la peritonite seguì immediatamente la riduzione dell'ernia strozzata, per cui l'A. conclude che bisogna guardarsi dal far qualsiasi tentativo di riduzione in un'ernia strozzata per l'azione di un trauma, e che se la riduzione si produce spontaneamente cresce l'indicazione all'intervento d'urgenza.

L'A. passa alla illustrazione dei due casi caduti sotto la sua osservazione ed in cui al trauma seguirono subito i segni di peritonite acuta diffusa limitatamente al sintoma della contrattura della parete addominale ed alla scomparsa della zona di ottusità epatica. Un caso fu operato due ore dopo il trauma e fu seguito da guarigione. Un caso operato 8 ore dopo fu seguito da morte.

L'A. illustra ancora altri casi pubblicati in cui al trauma dell'ernia seguì un ematoma del mesentere, o una disinserzione del mesentere con imponente emorragia intraaddominale, o una rottura dei vasi mesenterici, o ancora un voluminoso ematoma scrotale per rottura di un vaso del cordone.

L'A. trae dalla rassegna fatta le seguenti conclusioni:

1) la contusione erniaria non ha bisogno di essere violenta per giustificare l'intervento;

2) bisogna intervenire senza fare manovre di riduzione se l'ernia è strozzata;

3) bisogna intervenire senza ricercare i segni così detti classici della peritonite, ma limitandosi al sintomo della contrattura addominale e della scomparsa dell'aia di ottusità epatica;

4) bisogna intervenire sempre incidendo sull'ernia.

Questo darebbe il vantaggio di poter dominare le eventuali lesioni del sacco operisacculari, mentre offrirebbe sempre la possibilità, ampliando il taglio operatorio, di raggiungere e dominare ampiamente la cavità addominale.

G. D'ANNEO.

Trattamento del vomito dei tubercolosi con iniezioni endovenose di cloruro di sodio ipertonico.

(VACCAREZZA, VIDELA e POLLITZER. *La Prensa Medica Argentina*, n. 14, ottobre 1930).

Vari ricercatori hanno in questi ultimi anni dimostrato che la occlusione sperimentale dell'intestino tenue provoca una discesa considerevole della quantità dei cloruri nel sangue, cloropenia che sarebbe un indice della sindrome tossica che si ha in tali condizioni e che si accompagna ad uremia progressiva e marcato aumento della riserva alcalina. Basandosi su queste ricerche Hadden e Orr hanno trattato negli animali le manifestazioni tossiche dell'occlusione alta con iniezioni endovenose di cloruro di sodio ipertonico con risultati veramente sorprendenti che furono subito controllati nell'uomo da Colemann ed altri autori.

Nel 1928 Grosset, Binet e Petit-Dutaillis consigliarono il detto metodo in tutte le affezioni chirurgiche mediche ed ostetriche con vomiti frequenti, riferendosi specialmente ai vomiti incoercibili delle gravide.

Gli AA., inspirandosi ai suddetti lavori, pensarono di usare lo stesso metodo nel trattamento del vomito nei tubercolosi ed hanno sinora sperimentato su undici pazienti, scelti a caso, così che nella corta statistica figurano infermi con tosse emetizzante, altri con semplici vomiti alimentari, altri con vomito mattutino di aspetto bilioso e mucoso. In tutti i casi il vomito datava da un certo tempo, settimane o mesi.

Gli AA. hanno usato una soluzione sterile di NaCl al 10 % praticando al principio due iniezioni al giorno di 10 cc. ciascuna per via endovenosa ed in seguito una iniezione *pro die* per un periodo variabile secondo il risultato ottenuto in ciascun caso.

Per evitare possibili reazioni nauseose conviene fare le iniezioni alquanto lontano dai pasti e usando soluzioni fresche onde non avere reazioni generali.

Gli AA. hanno osservato che il cloruro di sodio ipertonico esercita in generale un'azione rapida e manifesta sopra il vomito, che sparisce talvolta sin dalla prima iniezione, o per lo meno dopo 3 o 4 iniezioni. In alcuni casi l'effetto cessa con la sospensione precoce del trattamento, in altri casi dura per un certo tempo, specialmente quando le iniezioni sono state ripetute per alcuni giorni, onde pare conveniente continuare la cura per una settimana almeno.

Nulla si oppone a che essa sia rinnovata se necessario.

In dieci degli undici infermi trattati si ebbe un risultato nettamente favorevole, nell'undicesimo si ottenne solo una notevole diminuzione di abbondanza e di frequenza del vomito. La sparizione del vomito fu accompagnata in alcuni infermi da aumento dell'appetito, diminuzione della febbre e senso subiettivo di miglioramento al punto da sollecitare con insistenza la continuazione del trattamento.

G. LA CAVA.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

Ch. Laubry. *Maladies du coeur et des vaisseaux.* Un vol. di 1250 pag. con 242 fig. e 10 tav. a colori fuori testo. G. Doin. Paris. 1930. Frs. 280.

Questo volume sulla patologia cardio-vascolare, pubblicato dal Dr. Laubry in collaborazione con i suoi allievi Routier, Walser e Doumer, è la prima parte del III volume del nuovo *Trattato di Patologia Interna.*

Ad ogni collaboratore è stata affidata la parte nella quale maggiormente si era affermato per ricerche personali, di guisa che nell'insieme l'opera rappresenta una sintesi vivente di tutte le concezioni moderne in tema di cardiologia.

La prima parte (Malattie del cuore) s'inizia con la semeiologia obiettiva funzionale e generale del cuore, compresi i metodi tecnici più recenti, per poi passare alla trattazione delle aritmie, delle sindromi pericardiche, endocardiche e miocardiche.

Sotto il nome di cardiopatie specifiche sono esaminati e studiati il reumatismo cardiaco, la sifilide e la tubercolosi del cuore, il cuore senile (a proposito del quale l'infarto del miocardio è lungamente trattato), i parassiti ed i tumori del cuore,. i traumatismi cardiaci, ecc.

Le infezioni congenite del cuore, che erano state già oggetto di un trattato speciale in collaborazione con il prof. Pezzi, formano due grandi capitoli separati.

La seconda parte del volume (Malattie dei vasi) si apre con lo studio della pressione arteriosa e dei suoi disturbi. Laubry e Doumer, prescindendo dalle vecchie teorie, mettono a punto il difficile problema della patogenesi dell'ipertensione arteriosa, mentre per le sindromi ipotensive Laubry ha tenuto a trattarle da solo per poter esprimere su questo argomento la sua opinione personale.

Infine Laubry e Walser passano in rassegna le aortiti, le arteriti, le sindromi d'obliterazione arteriosa, le flebiti, terminando questo loro studio clinico e semeiologico con un capitolo molto interessante sulla patologia dell'arteria polmonare.
A. P.

A. Lipschutz. *La autonomia del corazón.* Un vol. in-16°, di pagg. 80. - Edizioni della rivista « Atenea ». Santiago-Concepciòn.

Sono qui raccolte le conferenze tenute dall'A. all'Università di Concepciòn, nel Chile; in esse sono esposte, in modo limpido e chiaro, le teorie sulla origine e la conduzione degli stimoli nel cuore, la teoria neurogena e quella miogena, il sistema specifico del cuore, il problema degli ormoni cardiaci. Tratta, da ultimo, della trasmissione umorale degli stimoli vagali e simpatici del cuore.

L'Università di Concepciòn ha soltanto pochi anni di vita, ma si è messa con grande slancio al lavoro proficuo, come lo dimostrano le numerose pubblicazioni delle lezioni dei suoi professori che la rivista « Atenea » viene ora divulgando.
fil.

L. Langeron. *Les oblitérations artérielles des membres.* Ed. Doin, Parigi. Prezzo Frs. 18.

L'A. espone i sintomi funzionali, i metodi d'esplorazione arteriosa, che consentono di fare la diagnosi differenziale ed etiologica delle occlusioni arteriose degli arti.

Tratta della terapia di queste affezioni che in questi ultimi tempi si è arricchita di nuovi metodi differenti, a seconda dell'etiologia e delle manifestazioni del male.
Dr.

F. Layani. *Les acrocyanosis.* Masson & C., editori. Paris. Frs. 32).

L'argomento delle acrocianosi costituisce uno dei più importanti contributi allo studio delle funzioni del sistema nervoso simpatico, esso utilizza la patologia per gli studi nel campo fisiologico. In questo volume di 280 pagine si trovano esaminati i diversi tipi di ciascuna varietà etiologica di acrocianosi, sia quelle organiche da lesioni centrali, sia quelle funzionali da squilibri endocrino-simpatici, sia quelle riflesse da freddo. Nell'insieme, come si esprime il dott. May nella prefazione, queste forme costituiscono il materiale clinico più adatto, si può dire esclusivo per lo studio delle funzioni simpatiche nella regolazione vasomotoria, poichè solo la natura ci offre di osservare nella patologia i risultati di quelle esperienze sul simpatico che vorremmo e non sappiamo ancora fare. Dall'esame del complesso problema delle acrocianosi, si individualizzano i rapporti che legano tra loro le acrocianosi alle turbe simpatico-vasomotorie dell'eritromelalgia, la malattia di Reynaud, l'orticaria, gli edemi angioneurotici e dalle frequenti associazioni sintomatiche dell'acrocianosi si intravedono i legami di esse con speciali fenomeni riguardanti sopratutto il tono muscolare e le funzioni vasomotorie.

I casi speciali dell'A. vengono ad ampliare questi rapporti anche verso altre manifestazioni morbose; inoltre l'aver rilevato dei disturbi di coagulazione del sangue negli acrocianotici, affaccia la possibilità dell'origine simpatica di talune sindromi emorragiche. È una notevole monografia, nella quale si trova aggiornata la moderna tecnica dell'esplorazione funzionale del sistema vegetativo, utilizzata allo studio dei vari tipi di acrocianosi. Vi si trovano anche le nozioni dirette a conoscere i dati anatomici, la disposizione, la struttura, la motilità dei capillari, nonchè i metodi di indagine per

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

lo studio di essi. La interessante suddivisione clinica e fisiologica nell'esposizione dell'argomento, si prestano alla comprensione di un insieme di fatti fisiopatologici di grande interesse.

GOSIO.

CARLO MONGE. *Les erythrémies de l'altitude.* Masson & C. Paris. Frs. 22.

Il prof. C. Monge, dell'Università di Lima, gode di una notorietà da tutti riconosciuta per la competenza acquistata nello studio delle alterazioni acute, subacute e croniche indotte dalla permanenza a grandi altezze. La particolare sede dei suoi laboratori scientifici gli ha permesso di estendere le ricerche su di un forte numero di abitatori occasionali e stabili delle Ande ed il materiale clinico studiato con moderni mezzi di indagine, gli ha permesso di descrivere le varietà cliniche della malattia delle grandi altezze. Egli è così giunto, fra l'altro, a separare una forma di eritremia delle altitudini, riportabile alla malattia di Vaquez, ma che ne differisce nei particolari, per cui C. H. Roger che presenta il volume, rende omaggio all'A. classificandola come malattia di Monge.

A spiegare i vari momenti patogenetici dei diversi tipi di poliglobulia vengono presi in considerazione i disturbi che colpiscono le funzioni del polmone: nell'alterazione di ciascuna di esse si producono dei disturbi dell'ematosi che causano la poliglobulia. Così le alterazioni della funzione chimica portano all'eritremia delle altitudini, quelle della funzione meccanica di elasticità all'eritrosi delle sindromi enfisematose, le speciali modificazioni istologiche delle arterie del polmone alla sclerosi polmonare con poliglobulia, le alterazioni bronco-alveolari alla malattia di Ayerza. In tutte è l'insufficiente ematosi che porta alla poliglobulia.

Il volume di 135 pagine è ricco di dati statistici ed al completo delle ricerche di laboratorio riguardanti le modificazioni che subiscono gli abitatori delle alte montagne; costituisce lo studio più ricco di osservazioni che si possa oggi sperare, le quali portano ad importanti considerazioni d'ordine fisiologico anche al di fuori dell'ambito delle eritrosi delle grandi altezze.

GOSIO.

P. MICHON. *Les groups sanguins e la transfusion sanguigne.* Ed. Masson, Parigi. Prezzo Fr. 16.

Il volume s'inizia con la trattazione dei gruppi sanguigni. Espone i metodi per determinare la qualità dei quattro gruppi sanguigni nell'uomo, le loro variazioni quantitative.

Passa quindi alla trasfusione del sangue esponendo i metodi per la scelta del datore, i vari metodi di esecuzione della trasfusione, il suo meccanismo d'azione e le sue indicazioni.

DR.

R. BENDA. *La transfusion du sang.* Ed. Doin, Parigi. Prezzo Frs. 9.

La trasfusione del sangue è diventata una pratica medica corrente. Si spiega così la gran quantità di libri sull'argomento.

Questa del Benda è una buona guida. Espone succintamente le indicazioni della trasfusione e ne espone la tecnica suggerendo accortamente tutte le precauzioni che devono essere prese per renderla innocua.

DR.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Reale Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 19 dicembre 1930 - IX.

Presidenza: Prof. A. M. DOGLIOTTI.

Osservazione sull'ultimo rapporto 1929 della fondazione Rockefeller.

Prof. PERRONCITO. — L'O. rilevata l'importanza del documento della fondazione Rockefeller, che raccoglie tutta la più importante letteratura medica, fa notare a proposito della malattia così detta dei minatori, come il rapporto stesso citi come primi lavori quelli comparsi nel 1900 da un americano, mentre che nel 1880 l'O. stesso e nella stessa sede dell'Accademia, aveva già fatta una completa esposizione sull'argomento. Nessun dubbio quindi che la priorità spetti all'O.

L'esposizione dell'O. è stata accolta da applausi.

Sulla possibilità di rafforzare e di limitare la rachianestesia percainica con l'aggiunta di alcool etilico.

Prof. A. M. DOGLIOTTI. — L'O. ha pensato di usare una soluzione idro-alcoolica di percaina che ha un peso specifico nettamente inferiore a tutte le altre soluzioni finora impiegate. Da un lato la percaina è l'anestetico che determina anestesia completa al più basso tasso di soluzione (0,5 %), d'altro lato l'aggiunta di alcool alleggerisce ancor più la soluzione acquosa di percaina e nella quantità di circa il 20 % aumenta ed accelera il potere di penetrazione radicolare dell'anestetico, poichè l'alcool, come ha dimostrato nella seduta precedente, esercita di per sè una notevole azione analgesica.

Con un cmc. di una sol. di gr. 0,5 % di percaina in alcool al 20 % l'O. ha ottenuto anestesie monolaterali profonde fino all'altezza della clavicola e dell'ascella. L'iniezione va fatta con malato in decubito laterale, poggiato sul lato opposto a quello che si vuole anestetizzare. L'iniezione va fatta con molta lentezza (un m' circa) senza alcun rimescolamento col liquor. In questo modo tutto l'anestetico si porta lungo le radici spinali del lato più alto. Inclinando il tronco in basso od in alto si regola esattamente la diffusione della soluzione percainica.

Dopo 10-15 m' specie quando l'a. ritorna in decubito dorsale l'anestesia compare anche dal lato opposto ma in forma graduale, con minor estensione e assai meno profonda.

Il metodo ha consentito le più complesse operazioni sulle vie biliari, sul duodeno, sul rene,

in un assoluto silenzio addominale con un massimo di 1/2 ctg. di percaina; con l'impiego di 1/3 di ctg. di percaina ha ottenuto l'anestesia completa di un solo arto o di un arto e del quadrante addominale inferiore.

Inoltre limitandosi l'anestesia profonda ad un solo lato anche i pericoli della caduta della pressione per vaso-paralisi sono ridotti.

Per combattere l'ipotensione e il collasso da rachianestesia raccomanda in tesi generale l'iniezione curativa e preventiva di adreno-efedrina la posizione di Trendelenburg, inalazioni di ossigeno e di anidride carbonica.

Ricerche microbiologiche sulla bronco-polmonite post-operatoria.

Prof. A. TURCO. — L'O. ha fatto delle ricerche batteriologiche sull'escreato di 30 operati affetti da complicazioni post-operatorie ed ha potuto individuare in 12 casi (40 %) il bacterium pneumoniae Friedländer; in 6 casi (20 %) il b. Pfeiferii; in 5 casi (16 %) il diplococco di Fraenkel; in 3 casi (9 %) lo strept. piogene anerobiotico, in 2 casi il diplococco catarrale ed in 2 casi il b. coli communis.

Ha potuto ancora mediante ricerche sul potere agglutinante dimostrare almeno la presenza di 4 tipi di Friedländer. L'O. ritiene che una delle cause precipue della bronco-polmonite post-influenzale sia da ricercare nella diminuzione dei poteri di difesa che l'organismo presenta dopo ogni intervento sia che questo sia avvenuto in anestesia generale o locale.

Il Segretario: G. VILLATA.

Società Medico-Chirurgica di Padova.

Seduta del 30 gennaio 1931.

Il Presidente Prof. GIOVANNI CAGNETTO ringrazia l'assemblea di aver converso i propri voti sul suo nome. Dice delle necessità contingenti per il buon andamento della Società. Commemora il compianto socio Prof. IGNAZIO SALVIOLI mancato inopinatamente ai vivi il 4 gennaio 1931, e ne tesse l'elogio. Dopo di che invita i soci ad esporre i loro lavori.

Apnea da stronzio.

EMILIO TRABUCCHI. — La comunicazione dell'O. verte sulla possibilità di poter mettere in luce, per effetto dello stronzio, dei periodi di apnea di grado molto notevole.

Tali periodi di apnea vengono descritti nei loro caratteri principali.

Variazioni di tossicità ottenute per alcuni farmaci del respiro dopo il taglio dei vaghi.

EMILIO TRABUCCHI. — L'O. ha osservato che, per alcuni farmaci che danno la morte per arresto del respiro (Mg, Cl_2, $SrCl_2$, NaOH, morfina cloridrato) la dose letale immediata subisce, per effetto del taglio dei vaghi, una diminuzione notevole.

Variazioni della pressione osmotica del sangue e degli organi dopo iniezione endovenosa di uroselectan.

GIORIO RAVASINI. — L'O. ha svolto nel coniglio una serie di esperienze per studiare le variazioni della pressione osmotica del sangue e degli organi dopo iniezione endovenosa di dosi crescenti di uroselectan (iodo, iridonacetato di sodio) ed ha osservato aumenti dell'indice crioscopico regolari e proporzionali alla dose iniettata. Il sangue ha mostrato gli aumenti percentuali maggiori, seguito poi dal cuore, dal muscolo, dal fegato e dal cervello. Il rene invece ha avuto un comportamento particolare, in quanto che ha diminuito fino a una certa dose il suo indice crioscopico normale e lo ha diminuito solo di poco con le dosi più alte impiegate. L'abbassamento dell'indice crioscopico osservato viene dall'O. messo in relazione allo stato di iperfunzione nel quale si viene a trovare il rene durante l'eliminazione di uroselectan.

Sull'azione anticoagulante dell'uroselectan.

G. RAVASINI. — In una serie di esperienze viene dimostrato che l'uroselectan (iodo, iridonacetato di sodio) esplica sul sangue, sia in vitro che in vivo, una notevole azione anticoagulante. L'O. però tiene a precisare che l'effetto anticoagulante delle dosi che si adoperano nella pratica radiologica sia assolutamente trascurabile eccetto forse in determinate condizioni morbose.

La rete diffusa-pericellulare nell'uomo e il suo comportamento nella demenza paralitica.

Prof. G. B. BELLONI. — Col metodo di Besta per la rete diffusa e pericellulare vengono studiate queste formazioni nell'uomo in condizioni normali e particolarmente nella corteccia cerebrale.

Vengono quindi descritti alcuni reperti ottenuti con la stessa tecnica in alcuni casi di demenza paralitica, dando così per la prima volta la dimostrazione dell'interesse che offre lo studio della rete diffusa e pericellulare nel materiale patologico umano.

In presenza di caratteristici infiltrati perivascolari si è notata la possibilità che rete diffusa e percellulare conservino l'aspetto normale.

In casi di grave e avanzata sclerosi corticale si è vista la rete diffusa assumere carattere nettamente fibroso e si son potuti scorgere rapporti di continuità fra detta rete e gli elementi della macroglia.

La comunicazione è seguita da dimostrazioni di preparati istologici.

Influenza dell'acido urico sulle reazioni flogistiche articolari.

V. CHINI. — Associando al trattamento intrarticolare o generale con acido urico la colorazione vitale con tripanblau in opportune condizioni sperimentali, l'O. ha ottenuto nei ratti albini la comparsa di veri stati infiammatori proliferativi cronici dei tessuti articolari, particolarmente a carico della porzione reticolo-istiocitaria della sinoviale. Questa stessa porzione partecipa anche largamente alla infiammazione allergica articolare.

Il reticolo periferico della cellula nervosa nella intossicazione sperimentale da stronzio.

Dott. PLINIO SANDRI. — L'O. riferisce su ricerche metodiche compiute su polli mediante somministrazione per os di una sospensione titolata di carbonato di stronzio capace di produrre fatti di paralisi motoria proponendosi lo studio del reticolo periferico delle cellule ganglionari delle corna anteriori del midollo spinale. Ne valutò le

alterazioni sia nel progresso che nel regresso della forma sino alla ripresa della funzione motoria, riconoscendo un perfetto parallelismo tra sostanza tigroide e reticolo.

Il Segretario: Prof. GIOVANNI ZANETTI.

Società di Coltura Medica Novarese.

Seduta dell'8 gennaio 1931.

Presidente: prof. LUIGI BACIALLI.

Paralisi post-difteriche dei muscoli estrinseci dell'occhio.

Dott. PANAGIA. — L'O. ne illustra tre casi. Accennando alla cura, dice che la sieroterapia può essere efficace quando l'infermo è ancora portatore di bacilli della difterite, che continuano quindi ad elaborare tossina, o quando presenta ancora una reazione di Schick positiva, come pure nelle forme precoci; ma quando queste condizioni non si verificano, non contenendo più l'organismo che tossine fissate, il siero antidifterico non può dare che risultati molto scarsi o addirittura nulli. Le P. pD., se poco estese (velopendolo, accomodazione), guariscono ordinariamente da sole in 2-3 settimane. Se per estensione e sintomatologia si presentano con qualche gravità, possono usarsi preparati stricnici, elettroterapia.

Dott. BONENTI. — Osserva, che su 38 casi di difterite si è avuto solo in uno una paresi del velopendolo durante l'epidemia di due anni fa a Sesto Calende: e ciò è dovuto alle dosi precoci e forti (20-30.000 N. I) il primo giorno di siero antidifterico.

Sieroterapia antidifterica e paralisi post-difterica.

Prof. FORNARA. — L'O. espone succintamente la storia di 5 casi di P. pD. osservati negli ultimi due mesi, in forma grave, con paralisi multiple e con alterazioni del liquor con dissociazione albuminocitologica; fa notare come in questi casi la P. pD. sia insorta indipendentemente dall'intensità della cura sieroterapica fatta nel periodo acuto (da 8000 a 102.000 N. I.) ma come in tutti i casi tale sieroterapia sia stata iniziata tardivamente. Conclude raccomandando sovratutto al medico pratico di eseguire sempre ed in ogni caso in cui sia sospettabile una difterite, la sieroterapia antidifterica a dosi sufficienti, in primissima giornata.

Prof. CIPOLLINO. — È d'accordo col prof. Fornara sulla sieroterapia precoce. Se l'infezione si è già largamente impossessata dell'organismo, anche le dosi massive di siero (70-80-100.000, N. I.) non giovano più, anzi crede che dosi così alte non siano del tutto innocue.

Le rotture sottocutanee del tendine d'Achille da cause traumatiche.

Prof. FERRERO. — L'O. presenta un caso personale di rottura sottocutanea del tendine di Achille da causa diretta riguardante un giocatore di foot-ball di 35 anni.

Dopo avere riassunto brevemente quanto è noto su questo argomento in base ai 68 casi descritti nella letteratura, considera in particolar modo la questione della terapia, e conchiude doversi dare la preferenza all'intervento cruento anzichè ad una terapia ortopedica.

Il caso dell'O. conferma quest'asserto oltre a portare un nuovo contributo allo studio di una lesione traumatica rara, e dimostra come questi p. possano, se tempestivamente operati, guarire perfettamente tanto da potere ancora sottoporsi a fatiche notevoli, e praticare *sports* così gravosi come quello del *foot-ball*.

Nella discussione il prof. GARAMPAZZI rileva che, attraverso allo studio della patologia sportiva bisogna riconoscere che, date certe modalità dell'esercizio fisico, hanno delle eccezioni il principio di Zamarck (del rafforzamento e del miglioramento funzionale degli organi esercitati) e il vecchio adagio: « exercitium magnificat organo »: si verifica piuttosto il principio fondamentale di Arndt-Schultze che gli stimoli leggeri eccitano la forza vitale, quelli di medio carattere aumentano la forza, e quelli più grandi agiscono arrestando lo sviluppo e danneggiando; il Blenke di Magdeburgo, e sopratutti il Baetzner, docente della Scuola superiore di ginnastica di Berlino e medaglia d'oro sportiva, il Mandl, lo Steinmann, il Bircher, ed altri.

Questi studi sulle lesioni sportive, sui « danni sportivi » ci faranno conoscere meglio alcune forme analoghe che si hanno anche nella patologia del lavoro e in quella della parte attiva e passiva degli organi del movimento; si tratta di una patologia della funzione, anzi della iperfunzione: troppo spesso l'attività sportiva obbliga ad un troppo alto impegno l'apparato del movimento e lo danneggia; si avrebbero non solo degli indebolimenti funzionali, ma anche delle alterazioni strutturali, i muscoli diventano fragili, lacerabili, le cartilagini friabili ed inelastiche e si sfaldano, i tendini lacerabili nei movimenti rapidi a scatto (corsa dei cento metri). Se Lesser ha detto che l'artrite deformante è la malattia degli acrobati da parterre, Baetzner ha notato la degenerazione del tendine di Achille che in un corridore di 22 anni si rompe con sfioccamento a scopa in una corsa dei cento metri, una fascia aponeurotica che si sfilaccia completamente in una corsa di 800 metri, le giunture folli funzionali con sintomo del cassetto senza rottura dei crociati, la degenerazione dei menischi in forma di cercini linguiformi, l'osteomalacia del navicolare negli acrobati che fanno esercizi di sostegno da sdraiati, la osteoporosi dei barristi, la rotula bipartita, l'olecrano bipartito e disturbi del suo accrescimento, l'alterazione delle vertebre nella spongiosa nel senso dei fibromi di Schmorl nei lavoratori al trapezio, oltre a tutte le manifestazioni dei cosidetti calli senza frattura, oltre alle manifestazioni ossee articolari legamentose dell'artrosi sportiva per eccellenza, che è l'artrite deformante colle sue manifestazioni di artrosi ossea, encendro-artrosi (condrite disseccante) e di sindesmo-artrosi con osteomi e encondromi capsulari. Ricorda le lesioni dei menischi, quelle del legamento adiposo e quella degenerazione fissurale della rotula che Laeven ha visto nell'artrite deformante e che Baetzner riscontrò in casi di cura operativa per menischi lesi.

Henschen di Basilea, alla 53ª seduta della Società di Chirurgia Tedesca, accennò per analogia alle ricerche fatte dai meccanici sulla resistenza dei materiali in seguito al lavoro protratto,

ed alluse al fatto che linee di scorrimento su acciaio levigato portano a poco a poco alla frattura di esso; trova qualche analogia colle fratture di marcia dei soldati, e dice che l'osso, in seguito allo sforzo, dapprima diventa dolente, passa ad una osteite rarefacente e quindi a fratture spontanee; si tratta di vibrazioni da sforzo; vien fatto di pensare per analogia alla coxa vara e alle rotture sottocutanee dei tendini.

Sono utili questi studi della patologia della funzione; data l'estensione dello sport bisogna che vi siano centri chirurgici che, come a Vienna (Mandl) e a Torino (Donati), si occupino di questa materia; gli italiani devono ricordare che Ramazzini non è stato solo un precursore nel tema delle malattie del lavoro, ma che scrisse anche sulle malattie degli atleti, dei corridori, dei cavallerizzi, dei rematori, dei cacciatori.

Stati anemici.

Prof. PIETRA. — L'O. presenta, raffrontandoli, due casi di anemia: uno di anemia secondaria a carcinoma gastrico, l'altro di anemia perniciosa progressiva criptogenetica. Insiste a proposito del 1° caso sull'importanza per la diagnosi precoce del carcinoma gastrico, del sintomo anemia, anche quando, come nel caso presentato, mancano disturbi a carico dell'apparato digerente. Rileva a proposito del 2° caso che pure era stato misconosciuto, il valore diagnostico del sintomo di Hunter (glossite atrofica) che può senz'altro indurre a sospettare l'affezione.

Il dott. FRANCESCO FORNARA ha personalmente seguito un caso favorevole di A. P. curato con stomaco di maiale.

Il prof. PIETRO FORNARA ricorda vari casi di anemia perniciosa progressiva vera, osservati nel reparto di medicina diretto dal dott. Vittorio Fornara, che entrati in ospedale in stato di anemia gravissima (800.000 gl. rossi) migliorarono rapidamente con una cura di trasfusione di sangue puro (a siringa paraffinata) combinata con la cura del fegato crudo.

Polmonite da vari tipi di pneumococchi.

Prof. PIETRA. — L'O. riferisce sulla classificazione di pneumococchi in determinati gruppi biologici e insiste nell'uso precoce di alte dosi di siero omologo.

Alla discussione parteciparono il prof. FORNARA e ARTOM.

Il prof. BACIALLI riferisce su una *recidiva dopo miomectomia.*

Il Segretario: Prof. R. RINALDI.

Società di Coltura Medica della Spezia e Lunigiana.

Seduta del 22 dicembre 1930.

Presiede il prof. dott. RINALDO CASSANELLO.

Il prof. dott. O. TORRI commemora il Socio Onorario defunto Senatore Prof. G. B. Queirolo.

Ematurie e nefralgie ematuriche essenziali e nefritiche.

Prof. Dott. R. CASSANELLO. — L'O. prendendo argomento dalla relazione in comune fatta ai recenti Congressi Nazionali di Medicina e Chirurgia sul tema: *Le ematurie*, si intrattiene particolarmente sul capitolo riflettente *le ematurie e nefralgie ematuriche essenziali e nefritiche* che ai Congressi ha avuto larga discussione. L'O., essendosi per il passato occupato di queste entità morbose con ricerche cliniche di cui ha dato conto in pubblicazioni, è lieto di vedere in sostanza riconosciute le sue vedute, al riguardo anzitutto delle forme di ematurie essenziali che si sono ammesse come entità nosologica a sè, per quanto assai rare, mettendone la genesi in dipendenza di perturbamento o squilibrio funzionale del sistema vago-simpatico del rene. Per le nefritiche si sono riconosciute le ematurie dovute al processo infiammatorio renale che può essere acuto o cronico, bilaterale o unilaterale (parcellare) esclusa la forma tubercolare. L'O. apporta suoi casi di ematurie e nefralgie ematuriche per nefrite bilaterale (gravidanza) e per nefrite unilaterale, da lui osservate recentemente, ad andamento cronico ed acuto. Per le forme acute richiama anche l'O. l'importanza della genesi da processi infettivi tonsillari di cui riferisce casi clinici personali.

L'O. conferma la difficoltà della diagnosi, specialmente quella differenziale della tubercolosi renale, di queste particolari ematurie e per la terapia insiste sulla necessità assoluta di esperimentare prima quella medica e soltanto fallita questa di addivenire a quella chirurgica che deve essere quasi esclusivamente conservativa (capsulectomia, nefrotomia, enervazione) cura che anche a lui ha dato buoni risultati.

Sulle emorragie meningee.

Dott. LEOPOLDO PAITA. — L'O. riporta tre casi di emorragia meningea, uno prettamente spontaneo e gli altri due sintomatici di affezioni subacute. In due di questi casi (lo spontaneo ed un sintomatico) il violento e caratteristico dolore iniziale, invece che nella regione nucale (colpo di pugnale rachideo di Michon) si è avuto nella regione frontale scostandosi così notevolmente da quella che è la sintomatologia normale riportata dai diversi autori.

Tubercolosi boccale.

Dott. LUIGI ALLEGRI. — L'O. riferisce su un caso di tubercolosi primitiva della mucosa della guancia, su un caso primitivo di tubercoloma del labbro inferiore e su un caso di ulcerazioni tubercolari secondarie della lingua. La diagnosi che molto spesso si presenta difficile, specialmente nelle forme, assai rare, primitive, venne dall'O. sempre fatta in base all'attenta osservazione clinica cui recarono apporto decisivo le indagini di laboratorio, microscopiche e biologiche. Non bisogna mai trascurare l'esame radiologico dei polmoni prima di ammettere con certezza la forma primitiva. È specialmente di importanza capitale la diagnosi differenziale col cancro, perchè mentre per esso è necessaria una cura largamente demolitiva, per le forme di tubercolosi boccale non raramente può bastare una cura causale medica; quasi sempre basta una cura conservativa locale.

Il Segretario: Dott. D. ROLLAND.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Contributo allo studio del reperto citologico del sangue nel reumatismo articolare acuto.

G. Piccoli (*Giornale di Clinica Medica*, ottobre 1930) espone i risultati degli esami citologici del sangue praticati su 40 militari affetti da reumatismo articolare acuto ed eseguiti sistematicamente nelle diverse fasi di questa malattia. Egli ha riscontrato che il reum. art. ac. non ha un'azione anemizzante così cospicua come si ritiene comunemente. Nei suoi malati la riduzione del numero delle emazie è stata di poco superiore al milione nel 27,5 %, inferiore al milione nel 45 % dei casi.

Ciò non ostante, si deve ritenere che esista in questa forma morbosa una spiccata distruzione dei globuli rossi, dimostrata dall'aumento della bilina fecale e dell'urobilina e dai risultati delle resistenze osmolitiche che hanno fatto constatare una deviazione a destra oltre la norma della resistenza minima. D'altra parte la presenza, in diversi casi, di eritroblasti in circolo, la presenza di un discreto numero di eritrociti con reazione granulo-filamentosa, la deviazione a sinistra della resistenza massima indicano una contemporanea maggiore immissione in circolo di nuove emazie per aumentata funzione degli organi emopoietici.

L'emoglobina diminuisce con il diminuire dei globuli rossi ed è più lenta a reintegrarsi nel tasso primitivo. Sulla distruzione dei globuli rossi non hanno alcuna influenza, a quanto sembra, i comuni medicamenti antireumatici.

Nel reum. art. ac. esiste una leucocitosi modica, il cui grado è proporzionale alla intensità della infezione. Il grado della leucocitosi ci può dare la misura esatta dell'intensità della malattia più che lo stato di deglobulizzazione anche per il fatto che non possiamo sempre sapere se il soggetto presentava già per cause diverse e pregresse uno stato anemico all'inizio dell'infezione.

L'aumento dei leucociti oltre la norma, quando è scomparso ogni disturbo subiettivo e obiettivo, indica persistenza latente della infezione, che può riaccendersi. La formula leucocitaria ha una caratteristica propria, presentando nell'acme una prevalenza dei granulociti neutrofili a scapito dei linfociti con assenza o quasi dei granulociti eosinofili. Esiste anche un relativo aumento dei grossi mononucleari (monociti). All'inizio della convalescenza si ha invece un aumento della percentuale dei linfociti a scapito dei granulociti neutrofili e aumento delle cellule eosinofile. Le forme più facilmente curabili e difficilmente recidivanti sarebbero caratterizzate da eosinofilia spiccata.

C. TOSCANO.

Sulla questione dell'agranulocitosi.

Ripperdey (*Deut. Med. Woch.*, 47, 1930) riporta il caso di un uomo di 38 anni, sofferente di ripetute angine, che presenta una sepsi da angina e la supera, presentando una normale reazione ematologica. Cinque anni più tardi si sviluppa, in coincidenza con una angina, una malattia grave, caratterizzata da una intensa leucopenia con scarsezza di elementi mieloidi, e da forti disturbi della deglutizione. Sotto l'azione di congrua cura egli migliorò ed il suo quadro ematologico si fece normale.

Da allora, però, ha recidivato più volte, ogni volta ripresentando il tipico quadro leucopenico. Attualmente è, da molto tempo, in buone condizioni di salute.

L'A. discute il caso dal punto di vista della diagnosi differenziale e dimostra come fosse costretto a pensare ad una agranulocitosi.

Quale ne è la causa? Non si conoscono agenti batterici capaci di influenzare il midollo osseo sino a questo punto, e nemmeno l'ipotesi di un virus specifico appare fondata; l'A. pensa invece che l'agranulocitosi debba farsi rientrare nelle manifestazioni a tipo allergico o anafilattico che — come oggi si sa — possono svolgersi anche nel midollo: la malattia precedente avrebbe sensibilizzato l'organo, e le recidive dànno la manifestazione allergica; di qui l'importanza pratica o terapeutica del concetto dei focolai d'infezione, sorgenti delle recidive e quindi causa del fenomeno d'anafilassi.

V. SERRA.

Il volume del sangue nei pazienti con mixedema.

Le ricerche di S. A. Holboll (*Acta medica Scandin.* n. 6, 1930) furono fatte col metodo del rosso vitale, usando la tecnica descritta da Lindhardt. Vennero esaminati sei pazienti, prima e dopo la cura tiroidea. Il ricambio basale prima della cura era diminuito fino a valori tra il 57,7 % e 83,2 %. In 4 casi il peso era superiore al normale.

Nei casi non trattati la quantità del sangue era piuttosto inferiore al normale. Il sangue non partecipa quindi all'aumento di liquidi dell'organismo, che si manifesta con alterazioni mixedematose e con un'alterazione del peso. In due pazienti esisteva una netta anemia, in due altri una diminuzione dell'emoglobina. La cura tiroidea non modifica la quantità totale del sangue, essa fa invece aumentare l'emoglobina.

R. POLLITZER.

SEMEIOTICA.

La palpazione delle carotidi per la diagnosi di arteriosclerosi cerebrale.

Oltre all'arteriosclerosi cerebrale della vecchiaia, che si manifesta insieme a quella di altri organi, si ha anche una forma che compare verso i 40-50 anni, in cui mancano i sintomi cardiaci e la compartecipazione di altri organi al processo.

I sintomi iniziali di tale affezione sono generalmente discreti: una certa diminuzione della capacità psichica, l'indebolimento della memoria, dell'attenzione, dell'attività intellettuale. L'insonnia di alcuni casi contrasta con la sonnolenza di altri; spesso vi sono sensazioni sgradevoli, quali le vertigini ed i ronzii d'orecchio. I malati si preoccupano del loro stato e si lasciano andare ad un'emotività esagerata. E' questa la sindrome pseudoneurastenica arteriosclerosa, descritta da Bing.

In una fase più avanzata si hanno gli ictus apoplettici, che dànno mono- ed emiplegie leggere o gravi, disturbi afasici, paralisi pseudobulbare.

È stata anche descritta una sindrome di pseudoipertensione endocranica, con forti cefalee, sonnolenza, accessi epilettici, atrofia dei nervi ottici.

Nell'esame di questi individui manca, come si è detto, la maggior parte degli elementi per la diagnosi; si nota quasi sempre l'aumento della pressione arteriosa. E. Moniz (*Revue neurologique*, luglio 1930) ha trovato molto utile, in tali casi, la palpazione delle carotidi, che si possono seguire, dalla carotide primitiva fino a quella interna.

Talvolta, si trovano entrambe le carotidi sclerosate, tal'altra invece il processo non ha la stessa intensità in entrambe, il che non vuol dire che ad una carotide più sclerosata corrispondano sempre lesioni più importanti, sebbene tale sia spesso il caso.

Per l'esplorazione, è bene che la testa del malato conservi la posizione naturale; si può anche esplorare con la testa in estensione. La palpazione va fatta simultaneamente ed alternativamente con le dita delle due mani vicino all'angolo del mascellare.

Si può osservare, sia la rigidità caratteristica delle pareti delle arterie sclerosate, sia la distensione esagerata della carotide, che presenta talora un volume considerevole. Con una certa pratica, tale segno carotideo può fornire specialmente nei casi di prearteriosclerosi delle indicazioni preziose. *fil.*

Encefalografia per via arteriosa.

A. Pinto (*Journal de Chirurgie*, settembre 1930), dell'Università di Lisbona, ha applicato numerose volte l'encefolografia per via arteriosa, consigliata da Egas Moniz, in malati sospetti di tumore cerebrale.

Unica controindicazione del metodo è l'arteriosclerosi evidente ed accentuata della carotide.

Per ovviare agli eccessi epilettici, che talora seguono all'iniezione del liquido opaco, è opportuno somministrare al malato 30 centigr. di luminal prima dell'intervento. Messa a nudo la carotide interna, previa anestesia locale, si inietta nel lume vasale *rapidamente* una soluzione acquosa di ioduro di sodio sicuramente sterile e recentemente preparata (20 %) nella quantità di 6-8 cmc. È necessario praticare *subito* l'esame radiolografico in due posizioni.

I radiogrammi così ottenuti danno delle importanti indicazioni per la localizzazione dei tumori cerebrali e permettono anche di far rilevare i vasi di neoformazione quando trattasi di meningioma.

La diagnosi differenziale tra i meningiomi e gli altri tumori ha indubbiamente una grande importanza pratica, poichè sono i primi che dànno il miglior successo operatorio.

L'encefalografia merita di generalizzarsi, poichè, sapendo interpretare esattamente tutte le deviazioni e le anomalie delle arterie da essa messe in evidenza, può darci elementi sicuri per la diagnosi e la localizzazione dei tumori cerebrali. C. Giacobbe.

Valore clinico della reazione del bleu di Berlino nella meningite tubercolare e nell'encefalite epidemica.

È noto quanto difficile si presenti la diagnosi di encefalite letargica quando partecipano al processo le meningi e sorge il dubbio della meningite tubercolare. In questi casi il laboratorio ci offre una grande quantità di metodi di indagine, ma le ricerche citologiche, chimiche, sierologiche e colloidali sono tali, in assenza del bacillo tubercolare e della tubercolizzazione della cavia, da non eliminare ogni dubbio.

F. Bernocchi (*Ann. di Clin. Med. e di Med. Sperim.*, settembre 1930) ha studiato il comportamento della reazione del bleu di Berlino in 3 casi di encefalite letargica ed in un caso di meningite tubercolare. Mettendo in relazione le sue ricerche con quelle eseguite da altri AA. (De Giacomo, Santangelo) egli arriva alla conclusione che la reazione del bleu di Berlino, presa assieme ai risultati ottenuti con le altre ricerche, offre, per la regolarità del suo comportamento (costantemente positiva nella meningite tubercolare, costantemente negativa nella encefalite letargica), un elemento di indiscutibile valore.

L'A. propone di sostituire alla formula *chimica* stabilita da Mestrezat una formula più completa, che si potrebbe chiamare formula

chimico-colloidale: tasso elevato di albumina, cloruri generalmente diminuiti, sostanze riducenti generalmente diminuite, reazione colloidale del bleu di Berlino positiva = meningite tubercolare; tasso modico di albumina, cloruri generalmente aumentati, sostanze riducenti generalmente aumentate, reazione colloidale del Bleu di Berlino negativa = encefalite letargica. C. TOSCANO.

CASISTICA.

Rene a focaccia.

Le anomalie degli organi urinari costituiscono sempre uno dei più interessanti capitoli della chirurgia generale ed urinaria, infatti è grandemente importante il poter diagnosticare un tumore addominale come rene, specialmente se siamo in presenza di un rene unico. Gonzalo Pedroso (*The Journ. of Urol.*, ottobre 1930) riferisce un caso di rene a focaccia (« rein en gallette », « Shield-shapad Kidney », « Küchen-nière ») osservato e diagnosticato radiologicamente in una ragazza che presentava fin dalla nascita una tumefazione ipogastrica.

Il rene a focaccia rappresenta il grado più completo di fusione renale, giacchè i due reni sono fusi intimamente per tutta la lunghezza del loro margine interno a formare una massa unica, leggermente schiacciata in senso antero-posteriore. Il rene a focaccia è sempre ectopico, è situato sempre più basso dei reni normali e molto vicino alla linea mediana, ha due ili e due pelvi che sono situati anteriormente. I vasi sempre anormali per numero ed origine, vengono spesso dall'iliache, o ipogastriche piuttosto che dall'aorta; gli ureteri sono corti, ma sboccano in vescica in sede normale. I casi del genere riferiti nella letteratura sono rarissimi, perciò quello dell'A. è di un certo interesse. V. LOZZI.

La nefrite di origine tonsillare.

H. Bourgeois (*Journ. méd. franç.*, sett. 1930) richiama l'attenzione sulla origine faringea della nefrite cronica.

Il malato, che si presenta a noi come nefritico ha avuto in passato un'angina grave, durante la quale si è osservata dell'albuminuria. Il malato ha ripreso le sue occupazioni ma, qualche tempo dopo, ha avuto una crisi di uremia, con o senza anuria o ematuria. Gli accidenti acuti della nefrite svaniscono e si installa una forma cronica.

Ma ad ogni mal di gola subisce una recrudescenza; molti non si accorgono nemmeno del mal di gola, che scambiano per un semplice raffreddore, per un reuma, ma sta il fatto che esso si accompagna alla recrudescenza della nefrite. L'albuminuria è talvolta minima, ma aumenta ad ogni attacco.

Essa non sembra influenzata dal regime alimentare, ma aumenta con l'affaticamento, mentre diminuisce col riposo.

Più che alle adenoidi, è alle tonsille palatine che si deve rivolgere l'attenzione in questi casi. Molte volte non si tratta di tonsille molto grosse; queste, più che un'infezione generale, danno dei sintomi locali. Allontanando la piega triangolare ed il pilastro anteriore del palato molle, si scorgono degli ammassi caseosi; con la pressione sul velo del palato al disopra ed in avanti del polo superiore della tonsilla si fanno uscire dei detriti caseosi od un liquido puriforme.

Al momento delle crisi, i fenomeni possono essere limitati ad un semplice arrossamento con uno stato un po' brillante, un po' succulento della mucosa; l'orificio delle cripte appare in forma di piccoli punti gialli; i fenomeni funzionali sono ridotti al minimo: disfagia quasi nulla, febbre moderata.

In presenza di un nefritico, con attacchi che si ripetono ogni tanto, si dovrà ricercare se essi si accompagnano ad angina (anamnesi accurata!) e procedere alla tonsillectomia *totale*, non accontentandosi di un'ablazione incompleta, quale viene il più spesso praticata, estirpando i minimi residui, col galvanocauterio o con l'elettrode diatermico. *fil.*

Eruzioni cutanee eresipeloidi complicanti la nefrosi.

La comparsa di un'infezione intercorrente in un malato di nefrosi rende la prognosi di questa malattia molto grave. Il germe più frequentemente trovato è il pneumococco, che provoca una peritonite. Furono osservati da vari autori casi di nefrosi complicata da peritonite e da eruzione eresipelatosa e da sola eruzione eresipelatosa. Chester Keefer e Chi-Shih Yang (*The National Medical Journal of China*, ottobre 1930) hanno osservato sette casi di nefrosi complicata da eruzione eresipeloide. Clinicamente il quadro che questi malati hanno presentato è il seguente: un malato coi segni tipici della nefrosi ha improvvisamente brividi, febbre e qualche volta dolore addominale, nausea e vomito. A questi segni possono associarsi rinofaringite e polmonite acuta. Poco dopo l'inizio della febbre il paziente si lamenta di solito di dolore alla regione lombare, dove però nulla si rileva di obbiettivo; 12-24 ore dopo compare nella zona dolente un'infiammazione acuta della pelle e del sottocutaneo: la pelle è arrossata e calda, per un'estensione di pochi centimetri quadrati. I margini della zona eritematosa non sono sollevati e la zona dolorosa non oltrepassa di molto quella dell'eritema. L'eritema poi si estende ad altre zone contigue (addome, organi genitali). In un caso essi videro certamente la peritonite insieme a quest'eritema, mentre nella maggioranza dei casi esiste un dolore addominale, ma è dubbio se la peritoni-

te esista. In alcuni casi la cute è prima notevolmente edematosa e poi diventa bollosa. Nei malati che guariscono il decorso della malattia è breve, 5-8 giorni. Col decrescere della temperatura la pelle si scolora e, scomparso l'eritema, persiste ancora la dolorabilità locale. Qualche volta si ha in ultimo una vera desquamazione e in due casi fu notato il formarsi di un ascesso dal cui pus fu isolato un pneumococco. Esclusi questi due casi con ascesso gli AA. non riuscirono ad isolare germi dal liquido dell'edema. In un caso germi furono trovati in un preparato istologico della cute. L'emocultura fu positiva in un caso solo e in questo c'era stata peritonite. In un caso ci fu polmonite pneumococcica. L'attacco febbrile è di solito accompagnato da leucocitosi. Per lo più quest'eruzione è senza influenza sull'andamento della nefrosi.

Il significato e la causa di queste eruzioni eresipeloidi nella nefrosi non sono chiari. Possiamo solo dire che è frequente l'insorgere di un processo infettivo cutaneo in condizioni di stasi linfatica, come nell'elefantiasi dei tropici e in altre forme di elefantiasi.

R. LUSENA.

Calcoli albuminosi e fibrinosi del rene.

G. Pedroso (*Journ. of Urol.*, giugno 1930) riferisce su di un nuovo caso di calcoli di fibrina del rene, estremamente rari giacchè se ne conoscono solo 26 casi, che, come i precedenti, è stato un reperto operatorio.

Si trattava di un soggetto, che aveva anche una tubercolosi del rene, (per la quale appunto fu operato) per la cui diagnosi fu fatta una pielografia, che dette un'immagine radiografica, che l'autore ritiene quasi patognomonica dell'affezione in parola. L'immagine pielografica, leggermente ingrandita, presentava numerosissime lacune più chiare, le quali erano visibili anche alla porzione iniziale dell'uretere. I calcoli in numero di 70, erano molli, faccettati, di grossezza varia, con una porzione esterna pluristratificata, ed una centrale granulosa: ed erano composti di mucina, albumina e fibrina. Circa la patogenesi si crede dipendano da alterato metabolismo o da cambiamenti chimici di origine batterica.

Tale affezione, non avendo segni clinici particolari, all'infuori del reperto pielografico dal Pedroso ottenuto per prima, non è mai stata diagnosticata.

V. LOZZI.

TERAPIA.

Trattamento delle flebiti, periflebiti e celluliti delle gambe.

Le lamentele di dolori alle gambe sono assai frequenti: stanchezza dopo il cammino, sensazioni di crampi, di pesantezza, gonfiore.

Nell'esame, che deve essere molto minuzioso, si debbono eliminare anzitutto le malattie del sistema osseo, articolare, muscolo-tendineo e nervoso, oltre alle malattie della pelle e quelle dei cardiorenali.

Sul malato, tenuto in piedi, si osserva se si tratta di piede piatto, la colorazione delle gambe, lo stato delle caviglie, delle vene cutanee e profonde, la temperatura e la sensibilità.

Sul malato coricato, si osservano gli eventuali cambiamenti di colorazione e si pratica la palpazione, prendendo anche la cute fra le dita; si esplora, in tal modo, la sensibilità superficiale e profonda. M. Delbary (*Journ. des praticiens*, 27 dic. 1930) consiglia di prendere anche la pressione arteriosa di entrambe le gambe.

Si possono rilevare:

1) Eritrocianosi delle gambe, pura, senza cellulite.

2) Varici semplici, con o senza ulcera, non dolenti, senza segni infiammatori.

3) Malattie con segni infiammatori, varici dolorose, flebiti con o senza periflebiti, complicate o non da ulcere o celluliti.

4) Celluliti, sia a focolai, senza varici, nè flebiti, sia diffuse superficiali, elefantiasi, sia invadenti tutte le parti molle e simulanti l'anchilosi.

I rimedi fin qui proposti consistevano in riposo, massaggio, bagni semplici o medicamentosi, opoterapia, cure termominerali, iniezioni sclerosanti, calze speciali.

L'A. consiglia l'uso di pomate speciali con le seguenti formule:

1) Mentol g. 12-24, in Olio di paraffina puro g. 200.

2) Mentol g. 12-24; Anestesina g. 15; Estratto di Hamamelis g. 10; Lanolina, Vaselina, ana g. 100. (Pomata forte).

3) Mentol g. 12-24; Estratto di Hamamelis g. 15; Etere solforico g. 25; Gelatina g. 40; Acqua g. 200. Fare intiepidire al momento dell'uso.

Le pomate od i linimenti non devono essere in contatto con la cute, ma distesi sopra uno strato di garza, ricoperto a sua volta da un altro strato di garza asciutta od imbevuta di gelatina; si applica, poi, una fascia elastica, senza gomma, moderatamente serrata. La medicatura così fatta dà, il più delle volte, una sensazione di freddo, che dura da alcuni minuti ad una ventina di ore.

Si deve sorvegliare attentamente il malato, variando il trattamento alla comparsa della minima irritazione cutanea; si proteggerà, per es., la parte irritata con un grosso strato di talco, oppure si applicherà una soluzione di resorcina a 0,50 %, che è uno dei metodi migliori per calmare le dermiti acute con prurito.

Nei casi di varici con ulcere si proteggono queste con una formula a base di ossido di zinco e di toluol che calma il dolore e dà una

sensazione di freschezza; dopo ogni medicatura e dopo la teletta della gamba e dell'ulcera (con etere), si applicano i raggi ultravioletti a distanza di 50-60 cm. per una durata di 5-15 minuti.

La cura ha una durata di 6-8 settimane per le celluliti e le flebiti con periflebiti.

In seguito, si applicano i raggi ultravioletti, il massaggio e le calze elastiche. Quando i tessuti sono diventati cedevoli e molli, è molto utile una cura termominerale.

Naturalmente, non si trascureranno le condizioni generali: opoterapia, iniezione di preparati di zolfo, vasocostrittori (hamamelis, castagno d'India), le cure di dimagrimento, la regolarizzazione delle funzioni cardiovascolari, digerenti, ecc. *fil.*

Radioterapia della tromboflebite.

J. Halban (*Wien. Klin. Woch.*, n. 45, 1930) prendendo lo spunto dalla costatazione del successo che la roentgenterapia ha ottenuto come mezzo di cura di molte malattie infettive, ha tentato di applicarla alle tromboflebiti.

Egli riferisce di 17 casi trattati; in alcuni si trattava di forme superficiali (sopratutto della v. safena), in altri di forme profonde, in altri ancora di forme miste.

Le irradiazioni erano condotte con una tensione di 180 Kilovath, e un'intensità di 3 milliampères, filtrati attraverso 0,5 mm. zinco + 2 mm. alluminio, alla distanza di 28 cm., le irradiazioni si facevano su varii campi, e venivano, se necessario, ripetute.

Passando ai risultati, così ottenuti, l'A. può giustamente dirsene soddisfatto, giacchè in un'altissima percentuale di casi si ha avuta una guarigione rapidissima (2-10 giorni nelle forme superficiali, 10-20 nelle profonde) e completa; si noti che il dolore scompariva quasi immediatamente subito dopo la prima irradiazione, e non c'è dubbio che i prodotti dell'infiammazione si riassorbissero rapidamente.

Tuttavia in qualche caso sono stati osservati degl'incidenti sfavorevoli (mai mortali, però!) e, sopratutto, embolie polmonari; ma l'A. le attribuisce sopratutto alle fatiche e alle scosse a cui le pazienti dovevano essere sottoposte, per essere trasportate dalle loro stanze nel reparto radiologico, molto lontano.

Si augura, a questo scopo, che vengano utilizzati gli apparecchi portatili, e si conferma convinto fautore di codesto indirizzo terapeutico. V. SERRA.

L'eritrasma e la sua cura.

L'eritrasma consiste in placche bianche, circondate da un alone rosso vivo. Si manifesta alla parte interna delle cosce.

Sabouraud (*Journ. des praticiens*, 27 dic. 1930) consiglia di frizionare con alcool jodato a 1/1000, ricoprendo poi con la seguente pomata: Cocaina, cg. 50; Mentol, cg. 25; Calomelano, Tannino, ana cg. 50; Ossido di zinco, Lanolina, ana g. 15; Olio di paraffina, Acqua di calce, ana g. 10.

Willtfield (*Ibidem*) consiglia frizioni con: Acido salicilico, g. 1; Acido benzoico, g. 2; Sugna fresca, g. 30. La guarigione è rapida. *fil.*

NOTE DI TECNICA CHIRURGICA.

L'eserina nelle narcosi generali.

Garrelon, Pascalis e Thuillant (*La Presse Médicale*, n. 81, 1930) in seguito a ricerche sperimentali, hanno potuto constatare che gli animali resistenti agli anestetici si addormentano facilmente dopo un'iniezione di eserina. L'esperienza ha dimostrato altresì che la narcosi si ottiene agevolmente negli animali ipovagotonici (in cui la compressione dei globi oculari s'accompagna con un marcato rallentamento del polso), mentre si ottiene con grande difficoltà in quelli in cui la compressione dei globi oculari non è seguita da alcun cambiamento ovvero provoca acceleramento notevole del polso. Lo stesso accade anche nell'uomo, in cui è possibile vincere subito e senza alcun rischio la resistenza all'anestesia con un'iniezione di 1/2 milligr. di salicilato di eserina.

L'eserina si è dimostrata utile anche nelle anestesie locali. C. GIACOBBE.

Contenuto microbico del catgut sterile del commercio.

Il catgut si può dire sterile, osserva M. Knorr (*Münch. Mediz. Wochenschr.*, n. 14, 1930) soltanto se esso non contiene alcun germe, patogeno nè apatogeno, capace di moltiplicazione. Esami batteriologici di campioni di catgut prelevati dal commercio o inviato a cliniche o a medici come « sterile », dimostrano la presenza di germi nell'80 % dei campioni. Questi germi spesso non erano apatogeni, bensì molto virulenti per gli animali cui venivano iniettati e patogeni. R. POLLITZER.

Gli accidenti post-operatori in chirurgia cerebrale.

Il decorso post-operatorio negli interventi per tumore cerebrale è quasi sempre causa di vive preoccupazioni pel chirurgo. Il malato operato di tumore cerebrale muore infatti con una certa frequenza per ipertensione dei ventricoli, provocata od esagerata dall'atto operatorio, la quale agendo sui centri del terzo e del quarto ventricolo determina il coma, l'ipertermia e le turbe respiratorie. Contro l'ipertermia possia-

mo agire col raffreddamento artificiale specialmente con acqua fredda. Contro l'ipertensione del liquido cefalo-rachidiano possiamo ricorrere alla puntura lombare o, meglio ancora, alla puntura dei ventricoli e alle iniezioni *per venam* d'una soluzione ipertonica (15 %) di solfato di magnesia. Consigliabile è anche di porre il malato in posizione di Trendelenburg nei casi di bloccaggio del *foramen magnum*. Quando la pressione arteriosa è bassa sono indicate le iniezioni di adrenalina ed ipofisina.

Non va dimenticato, osserva De Martel, che occorre particolare e costante vigilanza, tenendo presente che gli accidenti post-operatorî possono manifestarsi anche tardivamente.

C. GIACOBBE.

VARIA.

I segni neurologici ed i loro scopritori.

(G. W. HALL. *J. A. M. A.*, 95, 10 sett. 1930).

In rapida rassegna sono riferite alcune notizie sui clinici che scoprirono alcuni segni neurologici, ormai noti in semeiologia nervosa, e sulle prime pubblicazioni che tali segni riferirono.

Segno di Argyll-Robertson. Questo autore nacque ad Edimburgo nel 1837 e morì nel 1909. Nel 1868 pubblicò la descrizione del segno che va sotto il suo nome, osservando un incisore di 59 anni, che si lagnava di debolezza visiva, debolezza generale, crampi e torpore agli arti inf., andatura barcollante, perdita delle urine, difficoltà nella stazione eretta ad occhi chiusi. In tale paz. le pupille erano miotiche, la destra più della sinistra, non reagivano alla luce, reagivano all'accomodazione degli oggetti vicini e lontani.

Tale disturbo fu considerato dall'A. come uno dei segni dell'atassia locomotrice.

Segno di Romberg. Tale A. nacque a Meiningen nel 1795, ed ebbe a maestri Gräfe, Horn, Lichtenstein. La prima descrizione del suo segno risale al 1840, in occasione di un caso di tabe dorsale, ed era la seguente: « Ad occhi chiusi, mantenendo il paz. diritto, egli barcolla da fermo o camminando ». Tale segno trovò patognomonico per tale malattia.

Assenza dei riflessi addominali. Furono descritti da E. Müller nato nel 1876 ad Anweiler. In una monografia pubblicata nel 1905, richiama l'attenzione sui sintomi notati nella sclerosi multipla, principale fra tutti l'assenza dei riflessi addominali. Tale osservazione però era già stata fatta da Strümpell; l'assenza del riflesso addominale monolaterale ha scarsa importanza.

Segno di Babinski. Nato a Parigi nel 1857, descrisse il suo segno nel 1896 in un articolo intitolato: « Sul riflesso cutaneo-plantare in alcune affezioni del sistema nervoso centrale ».

Segno di Brudzinski. Nato nel 1874, nel 1908 descrisse il segno nell'articolo: « Riflessi controlaterali delle estremità inferiori nei bambini ». L'anno successivo descrisse il così detto *segno del collo*, nell'articolo: « Un nuovo segno delle estremità inferiori nella meningite dei fanciulli: la flessione passiva della testa in una forzata direzione causa la flessione delle estremità inferiori nelle articolazioni del ginocchio e dell'anca, in modo che l'arto esegue una vera flessione sulla pelvi ». In tutte le forme di meningiti tale segno fu positivo in una percentuale grandissima di casi.

Brudzinski ha descritto anche altri segni che si riscontrano nelle infiammazioni ed irritazioni delle meningi nei fanciulli, particolarmente nella meningite tbc. Tali segni sono: « il segno della guancia e il fenomeno della sinfisi ».

Il primo consiste in un rapido riflesso di sollevamento di entrambi gli arti superiori, con simultanea flessione dell'articolazione del gomito, ottenuta con la pressione su entrambe le guance sotto l'osso zigomatico. Il fenomeno della sinfisi consiste in ciò che la pressione col pollice ed indice sulla sinfisi pubica causa la contrazione delle estremità inferiori. Di tutti più importante è il segno del collo.

Segno di Kernig. Nato a Pietroburgo nel 1840, morto nel 1917. Nel 1884 scrisse un articolo: « Su di un noto sintomo della meningite » in cui descriveva il segno che va sotto il suo nome.

Sindrome di Korsakoff. Nel 1887 pubblicava un articolo intitolato: « Una speciale forma di disturbo psichico associato a neurite multipla » in cui così descrive la sindrome:

« Il disturbo psichico consiste in una debolezza irritabile della sfera psichica, e talora in una forma di confusione, con una caratteristica falsa concezione della situazione o del posto; la memoria delle cose vicine è notevolmente alterata; quella delle cose molto remote è conservata. Questa alterazione psichica è più o meno intensa nella neurite multipla degli alcoolisti ».

Segno di Lasègue, della sciatica, è molto noto per doverlo riferire.

Segno di Oppenheim, descritto nel 1902, consiste nello stesso fenomeno del Babinski, ma si ottiene strisciando sulla regione postero-esterna della gamba o comprimendo il margine esterno della tibia. È presente in quei casi di paresi spastica in cui il Babinski è assente o dubbio.

Sindrome di Horner, descritta nel 1869; consiste in blefaroptosi, miosi, con conservata accomodazione alla luce, ed enoftalmo. Egli attribuì la sindrome a paralisi delle fibre simpatiche cervicali.

L. CARUSI.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

I problemi della salute e della razza illustrati nella discussione sul bilancio dell'interno.

La relazione dell'on. DE MARTINO sullo stato di previsione della spesa del Ministero dell'Interno per l'esercizio finanziario 1931-32, distribuita alla Camera dei Deputati, si occupa diffusamente della sanità pubblica e dei servizi relativi, rilevando che è confortevole ed è motivo di giusto orgoglio la constatazione del progressivo e sempre più accentuato miglioramento delle condizioni sanitarie del Regno, per virtù dell'opera larga, tenace e preveggente del Fascismo al fine della tutela sempre maggiore della salute pubblica.

Questo miglioramento dal 1923 si è mantenuto saldo, anzi si è accentuato nell'ultimo triennio 1928-30, non ostante il concorso sfavorevole di generali ed eccezionali fattori, specialmente di natura economica, e si rileva luminosamente sotto l'aspetto della diminuzione della mortalità generale, di quella infantile, e di quella specifica per malattie infettive, congiuntamente ad un sempre crescente incremento demografico.

I risultati conseguiti sono tanto più notevoli, in quanto i mezzi di cui dispone la sanità pubblica sono insufficienti.

Intensificata è stata la lotta contro la tubercolosi. L'indice dell'azione svolta può facilmente dedursi dai seguenti dati, riferentisi all'attività dei consorzi: le entrate ordinarie dei consorzi, che nel 1928 erano di L. 58.163.041, sono salite nel 1929 a L. 63.375.033 per raggiungere nel 1930 L. 74.128.081; gli assistiti sono saliti da 6.068 nel 1927 a 14.832 nel 1928 e a 21.243 nel 1929.

La Cassa Nazionale che nel primo anno di funzionamento, 1929, ha curato, in materia di assicurazione contro la tubercolosi, 9.342 infermi con 837.357 giornate di presenza fra assicurati e persone di famiglia ed ha corrisposto indennità giornaliere a 3.542 famiglie di tubercolotici per un ammontare di L. 2.098.914,20, nel solo primo quadrimetre dell'anno 1930 ha provveduto all'assistenza di 5.262 infermi con 670.980 giornate di presenza ed ha indennizzate 2.160 famiglie di tubercolotici per un ammontare di L. 1.996.421. Cifre che testimoniano il continuo incremento delle prestazioni della Cassa stessa; essa, inoltre, ha provveduto alla trasformazione di istituti preesistenti in Istituti antitubercolari assicurando alla lotta contro la tubercolosi altri 600 letti ed ha curato la scelta delle località in cui dovranno sorgere gli ospedali sanatoriali.

La relazione contempla anche altre malattie sociali e prende in esame altri problemi di assistenza e previdenza.

Tutta questa parte della relazione è stata presa in esame da molti oratori. Riassumiamo con ampiezza l'importante discussione:

* * *

L'on. PAOLUCCI nota con compiacimento la diminuzione della mortalità verificatasi in Italia durante il 1930. Essa contrasta con l'incremento prodottosi in altri Paesi funestati da scioperi. Da noi non soltanto è diminuita la mortalità, ma è aumentata la natività, indice della piena fiducia che il popolo italiano ripone nell'avvenire.

In altre Nazioni esiste un *Ministero della sanità pubblica* che avoca a sè tutti i problemi sanitari. L'O. pensa che una *Direzione generale* possa essere sufficiente, purchè le sia data la sensazione dei suoi diritti e doveri.

La nostra Direzione generale di sanità sorse ai tempi di Crispi per combattere i morbi epidemici, riuscendo magnificamente in tale compito. Poi si vide la necessità che fossero combattute anche le endemie.

Ma a proposito del *tifo* l'O. afferma che questa malattia non è efficacemente combattuta data la deficienza dell'attuale organizzazione sanitaria dei comuni. Opportunamente dunque il Governo Fascista ha demandato alla provincia la lotta contro il tifo e le altre malattie, togliendola al comune, cui restano solo i compiti di profilassi sociale.

Per quanto riguarda invece la *tubercolosi*, crede che l'Italia sarà presto in testa a tutte le Nazioni nella lotta contro il terribile flagello, date le felici provvidenze emanate al riguardo.

In merito alla *malaria*, nota che gli operai malarici hanno visto riconosciuti dalla Corte di cassazione i loro diritti, ma le Casse di assicurazione hanno reagito, ottenendo la presentazione di un progetto di legge, che per altro è stato abbandonato. Gli italiani che abitano in zone malariche sono oltre 4 milioni: è necessario pertanto che i bonificatori considerino l'uomo alla stessa stregua di ogni altro mezzo della produzione.

L'O. afferma la necessità di raggiungere *unità di comando e di indirizzo in materia sanitaria.* Tutti gli organi che si occupano di materia sanitaria devono essere sottoposti alla vigilanza dell'organo centrale sanitario.

A questo proposito nota che in materia di vigilanza sanitaria sul *lavoro*, gli ispettori dipendono dal Ministero delle corporazioni, mentre dovrebbero fare capo al Ministero dell'interno per il lato tecnico.

Circa l'*Opera nazionale maternità e infanzia*, la grande istituzione fascista voluta dal Duce, rileva che la sua azione in un primo tempo si dedicò alle colonie estive, raddoppiando in pochi anni il numero dei bambini mandati al mare e alla montagna. Successivamente ha esteso i suoi compiti alla tutela dei figli illegittimi ed abbandonati. Tuttavia all'Opera rimane estranea quasi completamente la Direzione generale di Sanità pubblica, mentre anche su di essa dovrebbe esercitarsi la tutela del nostro massimo organo sanitario.

Certo l'organizzazione sanitaria italiana guardata nel suo complesso è ottima. Quanto ai *medici condotti*, l'Italia ha il primato nel mondo, perchè ogni più piccolo centro ha l'assistenza sanitaria. Lascia un po' a desiderare l'assistenza farmaceutica: a questo proposito deplora l'enorme quantità di *specialità*, che dalle case produttrici

vengono segnalate ai medici, affinchè questi le prescrivano ai malati, non sempre disinteressatamente. Vorrebbe che la Direzione Generale di sanità intervenisse a limitare questo eccesso di specialità.

Passando al *problema ospedaliero*, con un'azione energica di Governo si può potenziare il patrimonio ospedaliero italiano che è di ben 3 miliardi. Questo patrimonio, se bene vigilato, potrebbe rendere molto di più ed essere meglio utilizzato a vantaggio dei malati. Da ciò la necessità che la Direzione generale di sanità affronti anche questo problema e lo risolva con fermezza fascista.

Esaminando il funzionamento delle *assicurazioni obbligatorie*, nota che esse non favoriscono l'ozio e gli abusi, bensì sono dirette ad evitare che il danno si produca o si prolunghi. Tuttavia anche per questi enti assicuratori, come per i sindacati ancora in vita e le mutue, che oggi si vanno grandemente sviluppando, dovrebbe la Direzione Generale di sanità svolgere la sua opera di controllo. Insomma tutta l'attività sanitaria — medici condotti, ospedali, assicurazioni — dovrebbe essere regolata con assoluta unità di indirizzo.

Occorre anche pensare alla formazione di un buon *personale subalterno*. Osserva a questo proposito che oggi gli infermieri non sono ben preparati e d'altronde potrebbero essere meglio sostituiti da personale femminile. Vi è bensì a Roma un'ottima organizzazione di scuole per infermiere, mentre gli enti locali, ad onta degli inviti rivolti a loro dal Ministero dell'Interno, non hanno adeguatamente provveduto. Vorrebbe che si desse incremento alle visitatrici.

L'O. si occupa anche dell'*insegnamento universitario*. A tale riguardo si afferma che nelle Facoltà mediche il corpo insegnante non ha sentimento fascista. L'O. ha potuto accertarsi che spesso si tratta d'insegnanti i quali aderiscono alla spiritualità fascista e rendono servigi notevoli nel campo della scienza.

* * *

L'on. CHIURCO sostiene la necessità che la *lotta contro il cancro* sia intensificata aumentando il numero dei centri diagnostici nelle sedi universitarie. Vorrebbe che fosse meglio disciplinato l'esercizio della *radioterapia*. Crede che la preparazione delle *specialità farmaceutiche* andrebbe sottoposta a controllo statale rigoroso: ciò porterebbe a ridurne il numero ed a ridonare decoro alla professione del farmacista, il quale oggi è spesso ridotto alle funzioni di semplice commesso.

* * *

L'on. GIARDINA conviene col relatore che, in rapporto alla vastità della materia sottoposta alla responsabilità della Direzione generale della sanità pubblica, sono insufficienti i mezzi che il bilancio mette a disposizione di essa.

Non si può fare a meno di riconoscere che, pur con mezzi inadeguati, la Direzione di sanità compie opera altamente proficua per la pubblica igiene e per la salute dei cittadini.

Vorrebbe che le molteplici disposizioni di legge relative alla sanità pubblica fossero raccolte in un nuovo *testo unico* affinchè potessero facilmente conoscersi i nostri ordinamenti sanitari.

A questo proposito ritiene poi indispensabile che si addivenga alla *coordinazione* di tutti i servizi rappresentanti le varie branche della sanità pubblica, attualmente sparsi in altri Ministeri. E ciò senza concentrare tali servizi nella Direzione generale di sanità nè costituendo un nuovo Ministero.

Quello che importa è di *sburocratizzare la sanità pubblica*. Il concetto direttivo della riforma del 1888 fu quello di fare entrare l'elemento tecnico nella Direzione della sanità pubblica. Successivamente invece questo concetto non fu più seguito e quindi ne venne la burocratizzazione con danno dell'indirizzo generale e dell'espletamento dei vari servizi.

Rileva l'inconveniente derivante dal fatto che i servizi tecnici inerenti alle *opere di beneficenza* siano di competenza della Direzione generale dell'amministrazione civile, anzichè, come dovrebbe essere, di quella della sanità pubblica, mentre alcuni servizi amministrativi dovrebbero passare da questa a quella.

Osserva poi, come sia indispensabile di meglio allenare dal punto di vista tecnico il *personale sanitario provinciale*, aumentando i corsi speciali di istruzione.

Occupandosi dell'*insegnamento dell'igiene*, lamenta che essa non costituisca una materia obbligatoria per gli studenti di medicina.

Esaminando i servizi inerenti alle *malattie sociali*, osserva che la lotta contro la *tubercolosi* ha fatto notevoli passi con la costituzione dei consorzi antitubercolari. Vorrebbe però che i servizi profilattici e quelli di cura fossero meglio coordinati con quelli delle assicurazioni.

Circa la *malaria* osserva che questa malattia venne considerata come infortunio soltanto per i lavoratori non stabili della bonifica. Ma alla lotta contro di essa non deve essere sottratto alcun mezzo, e devesi sempre più diffondere l'uso del chinino di Stato.

Quanto alla profilassi delle *malattie sessuali*, osserva che numerosi sono i dispensari celtici; ma la moderna terapia è assai costosa: occorrerebbe pertanto aumentare i mezzi destinati a questo importantissimo servizio.

A tale proposito lamenta che nello statuto tipo per le assicurazioni contro le malattie, quelle sessuali siano state assolutamente escluse.

Rilevando come l'*Opera di maternità e infanzia* si occupi efficacemente di combattere le malattie infantili, vorrebbe che la sua attività fosse meglio coordinata con quella della Direzione di sanità ed elogia la istituzione delle cattedre di puericultura attuata dall'Opera suddetta.

L'O. dopo essersi occupato della lotta contro la *lebbra* e il *tracoma*, passa ad esaminare l'ordinamento dei *servizi sanitari locali*, che dovrebbero essere affidati alla provincia, in quanto sarebbe così possibile organizzarli in modo migliore senza aggravio di spesa.

L'O. esamina la posizione dei *medici condotti* e mette in rilievo alcune deficienze dell'*assistenza ospitaliera*. Circa le *farmacie* e le *specialità medicinali*, osserva che nelle Università la ricettazione non è sufficientemente insegnata. Lo stesso si verifica per i farmacisti, che quando escono dalle scuole universitarie non sanno talvolta spedire le ricette. È dunque una fortuna che vi siano le specialità medicinali!

Conclude dichiarando di avere segnalato con franchezza le deficienze da colmare, perchè, come ha detto il Duce, è questo il modo migliore per servire con fedeltà e passione il Regime.

* * *

L'on. CASTELLINO rileva come la discussione attuale dimostri quanto sia profondamente sentito dalle sfere dirigenti della Nazione il problema della tutela della razza, così come esso è stato impostato dal Capo del Governo; e cioè come un problema di *progresso demografico*, di *perfezionamento biologico*, di *elevazione morale*.

Le grandi malattie sociali, sulle quali è già stata dai precedenti oratori richiamata l'attenzione della Camera, sono la tubercolosi, la malaria e il cancro.

Nel campo della *lotta antitubercolare* l'Italia si è avviata a conseguire un ambìto primato fra le Nazioni civili.

Dall'esame delle cifre forniteci dalla Relazione, risulta l'incremento delle entrate ordinarie dei Consorzi provinciali antitubercolari e lo sviluppo dell'assicurazione contro la tubercolosi, attività che fa capo alla Cassa nazionale per le assicurazioni sociali.

Oltre a queste due grandi istituzioni — i Consorzi e la Cassa nazionale — vi sono parecchi Enti che collaborano con intenti diversi alla lotta contro la tubercolosi; essi sono: il R. Esercito, l'Opera Nazionale Balilla, l'Opera nazionale per gli invalidi di guerra, l'Opera nazionale per la maternità e l'infanzia e la Croce Rossa italiana; e tralasciamo, s'intende, le istituzioni e gli enti ad attività locale e circoscritta.

In questo campo realmente si potrebbe giungere ad una razionale suddivisione del lavoro; nel senso cioè di eliminare le interferenze e gli accavallamenti fra l'attività assistenziale dei vari enti, specialmente per ciò che riguarda la tutela di alcune speciali categorie, ad esempio per la difesa contro la tubercolosi infantile.

Riguardo al *cancro*, non ritiene che la situazione sia preoccupante, in quanto il campo di azione del cancro si è diffuso in diretta relazione con l'aumento della durata media della vita umana. Sarebbe però certamente opportuno dotare i nostri Istituti scientifici di maggiori quantità di radium puro.

La Direzione Generale di Sanità, entro le possibilità date dagli stanziamenti del bilancio, ha indirizzato la sua azione allo scopo della profilassi e della cura. Ma questa, per ora, si deve ineluttabilmente limitare ai casi iniziali, inquantochè soltanto la diagnosi precoce dei tumori consente l'intervento con possibilità favorevoli.

Più grave e urgente è il problema della *malaria*. Esiste alla Camera un disegno di legge, attualmente agli Uffici, relativo all'interpretazione esatta del tanto controverso art. 7 della legge 31 gennaio 1904 sugli infortuni sul lavoro.

Sarebbe bene che questo progetto venisse in discussione; e che la Camera corporativa prendesse in proposito risolutamente e coraggiosamente quella decisione dalla quale per ben 30 anni hanno rifuggito i nostri predecessori. Non col rimandare la discussione si risolve il problema, ma col trattarlo ed esaurirlo.

Il Fascismo ha assunto come propria mèta la bonifica integrale delle terre italiane. Ma ogni opera di bonifica porta con sè fatalmente una iniziale recrudescenza della malaria. Si impongono, pertanto, allo Stato nuovi problemi o meglio la risoluzione di problemi antichi lasciati in sospeso. L'esperienza di un anno ha confermato l'utilità dell'istituzione dei Comitati provinciali antimalarici, quali organi di coordinazione di tutte le attività antimalariche della provincia. È continuata la vigilanza ministeriale sia sull'elaborazione dei programmi di attività dei Comitati stessi, che si è cercato in ogni caso di contemperare alle possibilità finanziarie locali, sia sulla pratica attuazione dei programmi stessi.

Quanto alla *coordinazione* di tutte le opere in materia di sanità, proposta da precedenti oratori, ritiene che la soluzione sia prematura. Molte mutue assistenziali infatti potranno contribuire alla soluzione del problema ospedaliero, alleviandone i Comuni.

Importante è anche la questione delle *opere pie e di beneficenza*, che sono state di recente opportunamente invitate dal Ministero ad esaminare seriamente la propria situazione economica.

È sicuro che l'onorevole sottosegretario saprà risolvere con virile fermezza questa importante questione.

Ricordando che in Italia il nucleo dello Stato non è dato dall'individuo, ma dalla famiglia, il cui sentimento è grandemente sviluppato, rileva che l'opera di difesa della razza deve essere intensificata e integrata con quella diretta a rafforzare l'istituto familiare.

È così che la razza assurge a stirpe, e che la Nazione assurge a Patria.

* * *

L'on. CARAPELLE rileva che la discussione si svolge in un'atmosfera ben più elevata che nel passato e di ciò va data lode al Fascismo. Elementi positivi della politica interna del regime sono, tra gli altri, l'aumento della popolazione e la diminuzione della mortalità.

* * *

L'on. SERONO ammette che si verifichino inconvenienti nella produzione e nel commercio delle *specialità farmaceutiche;* ma queste sono una necessità indispensabile nella moderna terapia. L'industria delle specialità è importante anche per la mano d'opera che impiega e perchè consente una affermazione d'italianità all'Estero. Tuttavia sarebbe bene che fosse esercitata una maggiore vigilanza su di esse; ad un particolare controllo andrebbero assoggettati i prodotti opoterapici. In tal modo si ridurrebbe il numero delle specialità ingombranti. Vorrebbe che l'analisi delle specialità fosse affidata ai laboratori delle Università, aumentandone il personale ed i mezzi tecnici.

* * *

L'on. MORELLI, riprendendo la questione delle *specialità medicinali*, afferma che da alcune parti si sono elevate delle accuse contro quei medici che con eccessiva leggerezza si prestano a far la *réclame* alle specialità. Afferma che l'accusa è ingiusta in quanto non tocca che una minoranza piccolissima di sanitari poco scrupolosi e disonesti; e che contro costoro il Sindacato Nazionale dei Medici — del quale egli è Commissario — non mancherà di provocare le più energiche sanzioni.

Ma non è giusto, che la colpa dei pochi si riversi sulla intiera classe medica, che è al di sopra di ogni sospetto.

Bisogna poi distinguere le vere specialità, espressione di intellettualità, dalle semplici manipolazioni medicamentose.

È indispensabile che sia esercitata una severa sorveglianza, anche per impedire che le specialità siano poste in vendita a prezzi eccessivi.

Del resto, intensificando il controllo, la maggior parte delle specialità inutili sarà eliminata. È d'uopo poi evitare che per il moltiplicarsi delle specialità il farmacista si trasformi in un semplice droghiere. Dovrebbe essere anzi interesse dei farmacisti la diminuzione delle specialità, perchè per la vendita di queste non occorrerebbe mantenere loro la tutela di cui godono.

Non solo, ma dato il dilagare delle specialità, è diminuita la ricettazione, con danno della stessa arte sanitaria.

Del resto è lieto di poter affermare che il problema è allo studio della Direzione della sanità pubblica, la quale fra non molto tempo emanerà provvedimenti adatti ad eliminare gli inconvenienti lamentati.

Ritiene poi che l'*Opera di maternità e infanzia* dovrebbe svolgere un'azione più specifica per le singole provincie, promuovendo quelle iniziative che sono a ciascun luogo più adatte.

Elogia l'assistenza che l'opera svolge a favore dei figli illegittimi; ma non vorrebbe che questi fossero preferiti ai legittimi che meritano ogni più assidua assistenza.

Afferma la necessità di intensificare la lotta contro il *tracoma* che in alcuni luoghi come la Sardegna è purtroppo assai diffuso.

Venendo al *problema ospitaliero*, osserva che le popolazioni sono intimamente legate agli ospedali locali. Occorre quindi, non già sopprimerli, ma renderli meglio adatti alle nuove esigenze, cercando soprattutto di specializzarli. Quanto poi alle nuove costruzioni ritiene che sarebbe opportuno di raggrupparle in modo da costituire dei veri e propri villaggi sanitari nei singoli capoluoghi di provincia. È vero che spesso i lasciti dei pii benefattori hanno fatto obbligo di erigere sul luogo le istituzioni ospedaliere; però non dovrebbe esser difficile ovviare a tale difficoltà pure rispettando la volontà dei testatori.

Concludendo confida che tutti i problemi sanitari saranno trattati e risolti con spirito fascista.

* * *

L'on. Castellino, come membro dell'Opera maternità e infanzia intende diradare subito un dubbio che può essere sorto in seguito alle affermazioni fatte dall'on. Morelli circa l'assistenza che l'Opera presta ai figli illegittimi.

L'O. rileva infatti che i risultati ottenuti da tale assistenza sono veramente importanti, in quanto è notevolmente diminuita la mortalità dei bambini illegittimi; ma dichiara che l'Opera della maternità non ha trascurato affatto l'assistenza ai bambini legittimi, per i quali essa spende notevoli somme ogni anno in tutte le provincie del Regno.

* * *

L'on. De Martino, relatore, si compiace dell'ampia ed autorevole discussione sulla sanità pubblica; ancora una volta il precetto del Duce ne ha dato la misura: «*In uno Stato bene ordinato la cura della salute fisica del popolo deve essere al primo posto*».

CONCORSI.

Posti vacanti.

Borgo (*Trento*). *Congregaz. di Carità*. — Scad. 20 mar.; primario medico Reparto Ospedalieri; L. 22.000.

Capannori (*Lucca*). — Scad. 7 mag.; 7° circondario; L. 8000 e 5 quinquenni dec., per 120 famiglie; addizionale L. 20 ogni fam.; quota mobile c.-v.; L. 2500 cav.; L. 400 ambulat.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

Forza d'Agrò (*Messina*). — Scad. 15 mar.; lire 7656 oltre L. 1760 cav.

Genova. *Spedali Civili*. — I termini dei concorsi sanitari annunziati nel fasc. 6 sono così prorogati: al 20 marzo per quelli che scadevano il 20 febbraio; al 1° aprile per quelli che scadevano il 2 marzo; al 4 aprile per quelli che scadevano il 5 marzo.

Grognardo (*Alessandria*). — Scad. 31 mar.; con Morbello; L. 8000 aumentabili, oltre L. 2000 trasp., L. 800 uff. san.; ritenuta 10 %; tassa L. 50.

Messina. *R. Prefettura*. — Ufficiali san. per Castroreale e per Milazzo; scad. 20 apr., ore 18; titoli ed esami; L. 2000 e L. 6500 rispettivam., lorde, ridotte; compensi per prestazioni ai privati; età lim. 45 a ; doc. a 3 mesi dal 18 feb.

Mores (*Sassari*). — Scad. 25 mar.; L. 8360 e 4 quadrienni dec., oltre L. 800 se uff. san.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

Pescopennataro (*Campobasso*). — Scad. 1° mag.; L. 6700 ridotte 12 %, oltre L. 2000 uff. san.; alloggio e 16 steri di legna da fuoco in faggio o cerro; quattro quinquenni dec.; età lim. 25-35 a.; tassa L. 50,10.

S. Vito al Tagliamento (*Udine*). — 2ª cond.: scad. 31 mar.; L. 8000 e 6 quadrienni dec., addizionale L. 1 oltre i 1500 poveri, L. 500 serv. att., c.-v., L. 3000 trasp.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.

Selva Cadore (*Belluno*). — Scad. 30 mag.; con Colle S. Lucia; L. 10.000 oltre L. 1800 serv. att., c.-v., L. 4000 trasp., L. 500 uff. san., 5 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

Traona (*Sondrio*). — Consorzio medico Traona-Mello-Cercino. Per titoli. Abitanti 3900. Obbligo di residenza in Traona. Lo stip. annuo inerente al lordo della ritenuta Cassa Pens. e Ricch. Mob. è di L. 8500, con aumento di un decimo al compimento di ciascun quinquennio a partire dal termine del biennio di prova. Indennità trasporto: L. 3500 se automobile; L. 2000 se motocicletta; L. 800 se bicicletta. Indennità di trasferta: L. 1400; di Uffic. Sanitario L. 500. Caro viveri eventuale. Tutti i predetti assegni sono soggetti alla riduzione stabilita dal R. Dec. Legge 20 nov. 1930, N. 1491. Domanda e documenti, l'elenco dei quali e rispettive formalità possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla Segreteria del Consorzio, debbono pervenire al Presidente del Consorzio suddetto in Traona, non più tardi delle ore 18 del giorno 15 aprile.

Trecenta (*Rovigo*). — A tutto 15 mar.; 2° reparto; L. 8500 e 5 quadrienni dec., serv. att. lire 850, c.-v.; riduz. 12 %; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 26 gen.

BORSE DI STUDIO.

Istituto Benito Mussolini.

La « Federazione italiana fascista per la lotta contro la tubercolosi » ha messo a disposizione dell'« Unione internazionale contro la tubercolosi » due borse di studio da essere assegnate a medici francesi specializzati o desiderosi di specializzarsi in tisiologia, allo scopo di effettuare un internato di studi di perfezionamento della durata di otto mesi nell'Istituto Benito Mussolini in Roma, diretto dal prof. Eugenio Morelli. L'ammontare di ogni borsa è di 6000 lire, oltre il vitto e l'alloggio. I candidati potranno rivolgersi al « Comité national de défense contre la tuberculose », boulevard Saint-Michel 66, Paris (VIe).

(Da « Le Concours Médical », n. 5, 1931).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Antonio Gasbarrini, di patologia medica alla R. Università di Bologna, è stato chiamato, con voto unanime, dalla Facoltà medica di Bari, alla cattedra di clinica medica generale, semejotica e terapia fisica. Felicitazioni vivissime all'insigne medico e studioso, che gode di profonde ed unanimi simpatie.

Il prof. Giorgio Ferreri è incaricato dell'insegnamento dell'oto-rino-laringoiatria presso la R. Università di Perugia. Rallegramenti sentiti al nostro ottimo amico.

Il prof. Léon Binet, *agrégé* della Facoltà Medica di Parigi, è nominato titolare della cattedra di fisiologia, con decorrenza dal 1° gennaio 1931, in sostituzione del prof. Henri Roger, andato a riposo per limiti d'età e nominato decano onorario.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Torino.

Riunioni medico-chirurgiche radiologiche per lo studio del cancro.

Il prof. Morpurgo, presidente del Centro, ha preso per il primo la parola nell'ultima seduta del « Centro per lo studio del cancro » di Torino per intrattenere l'assemblea sull'organizzazione di questo Centro nei rapporti col pubblico. Egli ha constatato con vivo compiacimento che l'appello lanciato alla cittadinanza con una sua precedente conferenza alla Società di Cultura e dalla stampa cittadina è stato accolto con entusiasmo. Ricorda che le visite d'ambulatorio del Centro sono effettuate giornalmente dagli assistenti e settimanalmente da parte del consiglio medico formato dal prof. Micheli, dal prof. Donati e dal prof. Bertolotti senza alcuna formalità nè richiesta di tessere. La Croce Rossa e varie associazioni cittadine di signore visitatrici dei poveri risposero prontamente con intelligente attività e l'afflusso degli ammalati al Centro è molto aumentato. Non solo cominciano ora ad essere condotte alla visita alcune forme relativamente iniziali, ciò che non avveniva prima, ma anche forme solamente sospette e non rare volte ammalati affetti da altre malattie. Un altro grande e prezioso vantaggio di questa collaborazione con le signore visitatrici è la possibilità di seguire a casa gli ammalati dopo la consultazione in modo da poter avere notizie del loro decorso ciò che sarebbe molto arduo senza questi aiuti, così che l'oratore ritiene tali collaborazioni essenziali per il funzionamento del Centro e ringrazia la cittadinanza torinese che per prima, col suo grande civismo, ha dato l'esempio di comprendere lo scopo umanitario dell'istituzione.

Seguono comunicazioni sull'influenza dell'anemia sperimentale nello sviluppo dei tumori (dott. Picco), comunicazioni del prof. Guglianetti e Valle su casi di tumori oculari. Il prof. Bizozzero comunicò quindi sulle lichenizzazioni atipiche pseudotumorali illustrando casi in cui le formazioni pseudotumorali arrivano alla grandezza di un uovo di piccione e fissando alcuni caratteri differenziali rispetto ai veri neoplasmi (riscontro degli stadi di passaggio della lichenizzazione tipica, lunga durata, prurito, condizioni generali buone, ecc.). Il prof. Masia descrisse osservazioni di cheratosi senile con caratteri istologici precancerosi. Il dott. Gedda comunicò le sue ricerche sull'esistenza nel sangue leucemico di sostanze specifiche stimolatrici del midollo osseo. Dopo aver ricordato le ricerche di Sebastiani e quelle recenti di Volterra espose le sue numerose esperienze dalle quali arriva alla conclusione che l'azione leucocitaria degli ultrafiltrati del sangue leucemico, derivi unicamente dalla presenza di leucociti; la reazione presenta una fase preliminare a tipo di schok emoclasico.

Il prof. Bertocchi ha comunicato su un caso di psammoma del midollo in cui, per cause inspiegabili, l'esame col lipiodol dimostrò una compressione più bassa di 2 vertebre della localizzazione del tumore. Infine il dott. Stoppani comunicò su casi di paralisi completa dell'emidiaframma e pneumatosi gastrica a valvola, dovuta a metastasi neoplastiche all'ilo polmonare.

CIPRIANI.

NOTIZIE DIVERSE.

4° Congresso nazionale talassoterapico.

È stato pubblicato il programma di questo congresso, del quale demmo già l'annunzio e che si adunerà a Trieste dal 24 al 26 aprile. La relazione, sul tema « Metodi di ricerche sui risultati prossimi e lontani delle cure marine », è affidata al prof. Bocchetti (Anzio) e ai dottori Gandolfo (Pescara) e Gioseffi (Parenzo). La tassa d'iscrizione è fissata in L. 50 per i titolari e L. 10 per le persone di famiglia. Le ferrovie dello Stato accordano la riduzione del 30 %. Rivolgersi al Sindacato Fascista Medico, Ospedale « Regina Elena », Trieste.

3° Congresso italiano di microbiologia.

La data del 3° Congresso della Sezione Italiana della Società Internazionale di Microbiologia, da noi già annunziato, è stata fissata dal 19 al 21 aprile. Per informazioni rivolgersi alla segreteria. via Darwin 20, Milano.

43° Congresso tedesco di medicina interna.

Avrà luogo a Wiesbaden dal 13 al 16 aprile. sotto la presidenza del prof. v. Bergmann di Berlino. Temi: « La neuroregolazione », relatori Goldstein (Berlino) e v. Veizsächer (Heidelberg); « Emorragia dalle coronarie ed angina pectoris », rel. v. Anrep (Cairo) e Edens (Ebenhausen); « Importanza clinica del problema della colesterina », rel. Bürger (Osnabrück).

Corso complementare d'igiene pratica.

Avrà luogo nel R. Istituto d'Igiene di Milano, per medici aspiranti ufficiali sanitari e altri laureati; durerà due mesi a partire dal 13 aprile. Iscrizioni presso la Segreteria dell'Università (corso Roma 10); tassa d'iscrizione (L. 300) al Banco di Roma (piazza Missori).

Corso di addestramento alla diagnosi dei tumori.

Si tiene presso la Facoltà medico-chirurgica di Modena durante il corrente mese (l'avviso ci è stato inoltrato troppo tardi per darne notizia tempestiva). L'iscrizione è gratuita. Il corso comprende 30 lezioni.

Corsi di perfezionamento a Vienna.

Il 41° corso internazionale di perfezionamento organizzato dalla Facoltà medica di Vienna avrà luogo dal 1° al 13 giugno e concernerà le neoformazioni benigne e maligne (patologia, clinica e terapia), con speciale riguardo alla diagnosi precoce del cancro. I docenti del corso saranno in numero di 48. La tassa d'iscrizione è fissata in 50 scellini.

I corsi internazionali successivi riguarderanno: i problemi medici più importanti, con speciale riguardo alla terapia (28 settembre-10 ottobre) e la neuro-psichiatria (30 novembre-12 dicembre).

Hanno anche luogo molti altri corsi speciali.

Per informazioni e programmi dettagliati rivolgersi al dott. A. Kronfeld, Sekretär der Internationalen Fortbildungskurs, Porzellangasse 22, Wien IX; ovvero al Kursbüro der Wiener medizinischen Fakultät, Schlosselgasse 22, Wien VIII.

Società italiana per il progresso delle scienze.

Sotto la presidenza dell'on. barone Gian Alberto Blanc, presidente della Società italiana per il progresso delle scienze, si è adunato a Roma, in seduta plenaria, il Comitato scientifico della Società, con l'intervento del gr. uff. Ugo Frascherelli, direttore generale dell'istruzione superiore.

È stato deliberato di affidare ad una commissione composta dell'on. sen. Millosevich, dei proff. Sergi e Ussani e del gr. uff. Frascherelli, la preparazione di uno schema di regolamento per il conferimento dei tre premi di L. 15.500 l'uno, che il Ministero dell'Educazione Nazionale ha affidato alla Società, per premiare e promuovere studi e ricerche scientifiche.

Il Comitato ha esaminato e discusso gli ordini del giorno presentati dalle diverse sezioni scientifiche, nel recente congresso di Bolzano-Trento.

Quanto alla sede del prossimo congresso del 1931, il Comitato, presa cognizione degli inviti dei podestà di Bari e di Milano, ha deliberato di rimettere ogni decisione in proposito al Consiglio di presidenza della Società.

Erogazioni dell'Accademia d'Italia per viaggi di studio dei professori.

La classe di scienze fisiche, matematiche e naturali della R. Accademia d'Italia, con i mezzi forniti dalla fondazione « Alessandro Volta », dovuta alla generosità della Società Edison, ha deliberato di erogare, nelle sue ultime tornate, quattro assegni di lire sedicimila, per viaggi di studio (della durata minima di cinque mesi) di professori universitari e per borse di studio (della durata di almeno otto mesi), a favore di altri studiosi italiani. La classe prenderà in esame, oltre alle proposte degli accademici, anche eventuali domande di interessati, che espongano le loro aspirazioni e il loro programma, per ottenere le assegnazioni previste. Tali domande debbono pervenire alla cancelleria della R. Accademia d'Italia entro il 15 maggio.

Commissione per valorizzare le nostre acque minerali.

Presieduta dal prof. Parravano, Accademico d'Italia, si è riunita presso la Direzione generale della Sanità pubblica la Commissione per lo studio delle acque minerali italiane.

La Commissione ha deciso: di iniziare il lavoro di censimento delle acque minerali italiane (tale lavoro sarà compiuto in tutti i Comuni d'Italia in modo da rendersi esatto conto delle disponibilità); di avviare l'esame delle acque minerali oggi in uso regione per regione, sotto ogni punto di vista: geologico, chimico, terapeutico e assistenziale; di dar corso ad una pubblicazione sulle acque minerali italiane, completa da ogni punto di vista e regione, e di pubblicare la carta idrominerale d'Italia secondo la classificazione Marotta-Sica delle acque minerali. Il primo fascicolo, « Le acque minerali del Lazio », vedrà la luce entro il corrente anno.

Patronato nazionale di Assistenza Sociale.

Il ministro delle corporazioni on. Bottai ha insediato il nuovo Consiglio d'amministrazione del Pa-

tronato, posto sotto la presidenza dell'on. Maraviglia. Il ministro ha espresso il proprio compiacimento per l'organizzazione e l'attrezzatura ormai raggiunte.

Cassa di assicurazione della gente di mare e dell'aria.

Con R. Decreto 1° dicembre 1930 è stato sciolto il Consiglio d'amministrazione della Cassa d'assicurazione per le malattie e per l'assistenza sociale della gente di mare e dell'aria e si è nominato un Regio Commissario nella persona dell'on. prof. Raffaele Paolucci.

Comitato pel coordinamento delle opere assistenziali nella provincia di Roma.

Sotto la presidenza del segretario federale, N. Damora, si è riunito il Comitato centrale permanente per l'assistenza e la beneficenza nella provincia di Roma, composto dei presidenti dei vari Enti ed Istituti che si occupano di assistenza sociale.

Il segretario federale ha illustrato lo scopo del Comitato. Avvenuto il collegamento, mediante una stretta collaborazione, l'assistenza sociale risponderà in pieno agli scopi benefici che si prefigge.

Unioni illegittime regolarizzate dall'Opera Maternità.

Un risultato di primissimo ordine dal punto di vista morale e civile, l'Opera Nazionale Maternità e Infanzia ha ottenuto con una speciale applicazione della legge 1927 sull'assistenza agli illegittimi.

L'Opera, valendosi della sua facoltà di pagare i sussidi in modo adeguato alla condizione degli illegittimi, in vista di assicurare loro l'allattamento materno, ha stabilito dei premi di matrimonio.

Essa anticipa, cioè, i sussidi che sarebbero ancora da percepire, a chi sposa « legittimando la prole » e il premio è tanto più forte, quanto prima avviene il matrimonio. Si sono avuti così oltre 300 matrimoni.

Per la lotta contro la tubercolosi. La giornata del fiore e della doppia croce.

La Federazione nazionale italiana fascista per la lotta contro la tubercolosi, presieduta dal prof. on. R. Paolucci, comunica che il Capo del Governo ha disposto che la festa del fiore, quest'anno, si chiami « giornata del fiore e della doppia croce », per meglio congiungere, nello spirito pubblico, il concetto della festa benefica col simbolo che, in tutto il mondo civile, è l'insegna della guerra contro la tubercolosi.

È intendimento del Capo del Governo che essa sia celebrata col massimo fervore e coincida colla domenica di Pasqua, ricorrenza lietamente augurale e ricca di superiori significati religiosi ed umani, che la rendono particolarmente adatta a questo gesto di umana solidarietà.

Questa « giornata del fiore e della doppia croce » è caratterizzata dal fatto che la propaganda sarà fatta col solo materiale che la Federazione contro la tubercolosi ha preparato per incarico avuto dal Ministero dell'Interno, materiale che sarà ceduto ai consorzi provinciali antitubercolari.

Inoltre, nella stessa domenica di Pasqua, avrà inizio la prima campagna per il francobollo tubercolare chiudi-lettera: iniziativa a carattere unitario e nazionale, che sarà attuata con diligenza e con disciplinato entusiasmo, perchè renda, come negli altri paesi, mezzi imponenti a beneficio delle istituzioni antitubercolari.

La campagna durerà 5 giorni e si stanno preparando tutti i mezzi, da parte della Federazione nazionale contro la tubercolosi ed i consorzi antitubercolari, perchè l'organizzazione raggiunga il più lusinghiero successo. Sono stati già destinati, dalla Federazione, d'accordo con la direzione generale della Sanità pubblica e il Sindacato medico fascista, 92 oratori che, nei vari capoluoghi di provincia, inizieranno la campagna ed illustreranno le provvidenze legislative adottate dal Governo Nazionale, per difendere l'avvenire e la integrità della razza.

Opera di soccorso della Croce Rossa nel Palermitano.

In conseguenza del violento nubifragio che ha colpito la città di Palermo, il Comitato della Croce Rossa ha mobilitato immediatamente le sue attrezzate ed allenate squadre di pronto soccorso, che hanno partecipato all'opera soccorritrice con mirabile senso di altruismo e di abnegazione, operando numerosi salvataggi e portandosi a soccorrere nei luoghi più funestati dal nubifragio.

Il Podestà di Palermo, valendosi della organizzazione del Comitato della benemerita istituzione, ha affidato al presidente del Comitato della Croce Rossa il compito di provvedere anche alla distribuzione gratuita di viveri ed altri generi di conforto ai disastrati ed ai bisognosi, tenendo anche a sua disposizione, nel palazzo podestarile, due squadre di pronto soccorso.

Manifestazione franco-italiana.

Il municipio di Bordighera aveva deciso d'intitolare una via al nome di Pasteur, per ricordare il soggiorno colà del sommo scienziato.

La cerimonia ufficiale si è svolta il 3 gennaio; essa ha riunito numerosi medici italiani e stranieri. Questi ultimi furono ricevuti dal podestà colonnello Giribaldi, dal console di Francia Mercassin, dal presidente del Sindacato medico fascista della provincia d'Imperia e dalle notabilità di Bordighera, Ventimiglia, San Remo e Ospedaletti. Venne dapprima visitata la Villa costruita da Garnier (l'architetto dell'Opéra di Parigi e del Casino di Montecarlo), per incarico di Raphaël Bischoffsheim, mecenate che vi ospitò Saint-Claire Deville, Léon Sans, Gambetta, Pasteur (essa fu poi acquistata dalla Regina Margherita, ed oggi è una casa di riposo per madri e vedove di soldati caduti in guerra). Gli intervenuti percorsero il Borghetto, passeggiata abituale di Pasteur, del quale ormai porterà il nome. Essi da ultimo si raccolsero nella grande sala del museo Biskell, ove furono pronunziati numerosi discorsi dalle autorità locali e da vari rappresentanti: Targhetta per la « Société Médicale du littoral méditerranéen », Orticoni per l'Istituto Pasteur di Parigi, Wery pel Belgio, Budak per la Jugoslavia, Bourgeois pel Canadà e per gli Stati Uniti, Pineda per l'America del Sud, Forgue per l'« Institut de France », Pende quale delegato del mi-

nistero dell'educazione nazionale dell'Italia, Borel quale delegato del ministero dell'istruzione pubblica della Francia. Il commissario prefettizio di Sanremo, Pozzi, il podestà di Ospedaletti, Maraldi, e più specialmente il prof. Pende, preconizzarono l'unione delle due nazioni latine, che hanno ereditato una civiltà comune. I dottori Duchesne e Pierra, per la stampa medica, ribadirono questo concetto di fratellanza. Il prof. Forgue citò l'espressione di Pierre de Nolac: « Io credo che Dio si valga della latinità per preparare il mondo alla grande unità ».

Medici termalisti italiani in Ungheria.

La Federazione Nazionale Fascista dell'Industria Idro-termale ha preso l'iniziativa, sotto gli auspici dell'Enit, di un viaggio in Ungheria da parte di medici idrologi e di industriali delle terme italiane allo scopo di far loro conoscere i grandiosi impianti termali della capitale magiara. Il viaggio, che durerà otto giorni, si compirà assai probabilmente nella prima decade di maggio. La spesa sarà stabilita in base a minimi *forfait* per le ferrovie e gli alberghi. Per informazioni i medici idrologi potranno rivolgersi alla Federazione Nazionale Fascista dell'Industria Idro-termale.

Crociera orientale.

La « Revue générale des Sciences » ha organizzato, dal 1° al 7 aprile, una crociera a bordo del « Rose Marie », appartenente al Lloyd jugoslavo; verranno visitate Trieste (porto di partenza e di arrivo), Postumia, Sebenico, Spalato, Ragusa, Cattaro, Cettigne, Corfù, il Pireo, Atene, Serajevo, Susak, Fiume e molti altri centri minori. Prezzo 5400 franchi francesi (supplementi: cabina di priorità 550 franchi; cabina di lusso con bagno personale 1200 franchi), tutto compreso. Rivolgersi al « Secrétariat des Croisirès » presso il periodico suddetto a Parigi; ovvero al « Concours Médical », rue de Bellefond 37, Parigi IXe.

Anniversario di laurea.

I laureati nell'anno 1906 in medicina e chirurgia presso la R. Università di Bologna, sono pregati di comunicare il loro attuale indirizzo al prof. L. Martinotti, Ospedale di S. Orsola, Bologna.

Associazione degli studenti in medicina di Parigi.

Ha tenuto l'assemblea annua generale il 9 febbraio, nella sua sede sociale, rue Dante 9. Approvate le relazioni amministrative, si passò a discutere i due disegni di legge Armbruster e Milan-Rio, sull'esercizio dell'odontoiatria.

Giornata delle levatrici a Marsiglia.

A Marsiglia c'è un attivissimo sindacato delle levatrici. Esso ha organizzato una « Giornata delle levatrici », alla quale han partecipato le migliori ostetriche del Mezzogiorno, del Sud-Est e della Corsica. Esse sono andate a vedere la Fiera Commerciale di Marsiglia e specialmente i reparti che espongono ciò che riguarda l'igiene e l'alimentazione della prima infanzia, ma sopratutto a stringere i legami esistenti fra i diversi sindacati regionali ed a realizzare un'intesa sui soggetti relativi alla loro professione, tra i quali sta in prima linea la legge delle assicurazioni sociali.

Una recita in un manicomio di Bologna.

In una sala del Manicomio provinciale « Francesco Roncali » di Bologna, alla presenza di un pubblico eletto, tra cui spiccavano molte autorità e personalità cittadine, è stata data una recita eseguita dagli stessi ricoverati. Sono stati rappresentati, tra gli altri: « Il numero 30 » (Manicomio); « A volo d'uccello »; « So e zo per Bologna ». Dopo la recita ha avuto luogo la visita all'esposizione dei lavori artistico-industriali e dei lavori femminili, tutti compiuti dai ricoverati.

Diritto d'autopsia.

Contro il direttore di una Clinica medica universitaria della Germania è stata intentata un'azione giudiziaria, a causa di un'autopsia eseguita malgrado l'opposizione fatta dalle persone di famiglia del morto. L'accusa era di infrazione al diritto di proprietà.

Il Tribunale ha emesso verdetto d'assoluzione, poichè l'accusato potè provare che egli non sapeva del divieto formale.

Venne interposto appello; ma la Corte d'Appello ha confermato il precedente verdetto. La motivazione della sentenza rileva che, nella fattispecie, non è possibile un'azione per danni alla proprietà, in quanto un cadavere non è cosa che possa essere danneggiata; un cadavere destinato al seppellimento non è proprietà di alcuno, e l'accusato non sarebbe stato passibile di pena, quand'anche avesse conosciuto il divieto formale opposto all'autopsia.

Si è spenta il dott. ROBERTO FALDELLA, un valente chirurgo che per oltre un ventennio diresse il Civico Ospedale di Montegiorgio. La sua opera era ricercatissima in tutta la provincia di Ascoli Piceno. Esercitava la professione con vera filantropia. A. F.

È morto a Berlino, in età di 65 anni, il prof. LEOPOLD KUTHNER, direttore di quella III^a clinica medica universitaria, noto per i suoi lavori di gastro-enterologia: sul carcinoma gastrico, sull'ulcera duodenale, sull'appendicite cronica, sulle crisi dolorose addominali, sui disturbi secretori e motori dello stomaco, ecc. Egli prediligeva la cosidetta « zona limite » tra medicina e chirurgia. Un suo volume sugli errori diagnostici e terapeutici nel campo delle malattie della nutrizione è stato molto apprezzato. A. P.

Registriamo la perdita del prof. ROBERTO BINAGHI, clinico chirurgo di Cagliari, riservandoci di parlarne nel prossimo numero.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Brit. Med. Journ., 8 nov. — R. A. YOUNG. Aspetti medici della chirurgia toracica.

Journal A. M. A., 25 ott. — E. NOVAK. Disordini mestruali funzionali. — J. WYCKHOFF e al. La digitale nella polmonite.

Lancet, 8 nov. — T. C. HUNT. Disordini diger. minori.

Revue de Méd., nov. — Numero di gastro-enterologia.

Wien. Klin. Woch., 6 nov. — KERL. Sepsi orale. — HALBAN. Radioterapia della tromboflebite.

Deut. Med. Woch., 7 nov. — KUTZAHN. Punti di vista estetici in chirurgia. — LOCKEMANN. Il rodanio nel contenuto gastrico.

Med. Klinik, 7 nov. — R. KIENBÖCK. Radiodiagnosi di malignità o benignità dei tumori ossei.

Münch. Med. Woch., 7 nov. — GALANT. Psicoencefalosi. — LEIMERT. Intossicaz. stricninica cron.

Zbl. f. Chir., 8 nov. — F. TRAUNER. Roentgenterapia dell'actinomicosi. — K.-H. KROHN. Paraffinomi della mammella. — H. KUNZ. Sieroterapia della peritonite.

Ann. Trop. Med. a. Paras., 22 ott. — W. YORKE. Un caso di emoglobinuria da chinina.

Arch. It. di Chir., 2. — A. M. DOGLIOTTI e M. MAIRANO. Innervazione renale ed interventi « funzionali » sul rene. Enervazione, decorticaz. periarteriosa, decapsulaz. — C. DE FERMO. Studi sperimentali sulle anestesie. — G. PIERI. Cura della nevrite ascendente.

Id., 3. — A. PIGNATTI. Diverticoli del duodeno. — G. LUCCHESE. Epidermoidi.

Rev. Méd. Latino-Amer., lug.-ag. — P. e A. ESCUDERO. Variazioni della lipemia in rapporto al peso corporeo. — A. H. ROFFO. Fotoattività della colesterina in relazione al cancro. — G. BOSCO. Posiz. normale del cuore. — T. MARTINI e M. JOSELEVICH. Aneurismi intrapericardici dell'aorta.

Paris Méd., 8 nov. — L. BROUHA e H. SIMONNET. Compito endocrino dell'ipofisi anter. — E. TECHONEYRES. Dispersione dei flocculati serici mediante iposolfiti alcalini.

Med. Ibera, 6 nov. — A. VIZQUEZ. Endocarditi d'origine dentale.

Minerva Med., 10 nov. — P. ADREANI. Sindrome ricorrente di occlusione intestin. da membrana di Jackson. — P. TREMONTI. Edema polmon. acuto speriment.

Arch. It. di Chir., 4. — P. PIERACCINI. Uretere calcolosico. — N. NOVARO. Ernia inguinale dello stomaco.

Wien. Klin. Woch., 13 nov. — HERRMANNSDORFER. Dietoterapia della tbc.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 9 nov. — E. MARINO. L'efedrina in alcune malattie dell'infanzia.

Indice alfabetico per materie.

V. ASCOLI †, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXVIII Roma, 16 Marzo 1931 - IX Num. 11

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI †

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

Ospedale di S. Giovanni in Roma - Sala Mazzoni.
Primario: Prof. P. ALESSANDRINI

I periodi di latenza dell'ulcera gastro-duodenale. Studio clinico-radiologico.

Dott. EMANUELE SCAVO,
assistente degli ospedali Riuniti di Roma.

Uno di sintomi più caratteristici dell'ulcera gastrica e duodenale, è costituito dall'alternarsi per mesi ed anni di periodi dolorosi con periodi di assoluto benessere che decorrono senza il minimo disturbo subbiettivo. È lo studio di questi periodi che in special modo ci siamo proposti di fare, non solo per interesse teorico, ma anche e sopratutto per interesse pratico, in quanto allo studio esatto delle condizioni dell'ulcera gastro-duodenale nei periodi di latenza, sono legati problemi patogenetici e terapeutici della massima importanza.

Il problema che scaturisce dall'osservazione del decorso delle ulcere gastro-duodenali, è in sostanza il seguente: i nuovi periodi dolorosi debbono considerarsi come recidive di processi ulcerativi guariti, ovvero deve la scomparsa del dolore considerarsi solo una latenza del sintoma dolore mentre il processo rimane in piena attività.

Le opinioni in proposito si riassumono in due opposte correnti: gli anatomo-patologi, con a capo Grüber e Hart, affermano che nelle ulcere recenti e superficiali, specialmente dello stomaco, si può avere in un tempo abbastanza breve la *restitutio ad integrum* e che la guarigione per cicatrizzazione si ha, per le ulcere non recenti, molto più spesso di quel che non si creda.

I chirurgi affermano invece che si debba parlare solo di latenza dolorosa, poichè l'ulcera non guarisce mai.

Mayo nei pazienti operati in latenza dolorosa, malgrado l'apparente guarigione, non osservò nessun caso di cicatrizzazione; come lui altri autori (Doerfler) vengono alle stesse conclusioni basandosi su argomenti dimostrativi. Certamente in questo senso parla la frequenza di ulcere gastro-duodenali che si rivelano improvvisamente con emorragie imponenti o

una perforazione mortale, in cui l'esame anatomico dimostrò trattarsi di ulcera antica. Inoltre il passaggio dal periodo doloroso alla fase di latenza è spesso così repentino che è impossibile avvenga in così poco tempo una epitelizzazione dell'ulcera, specialmente per le ulcere croniche callose.

Ciò ci porterebbe ad ammettere la possibilità di una latenza dolorosa nell'ulcera in piena attività, il che non contradice l'opinione della possibilità di una guarigione spontanea.

I periodi di latenza sono di varia durata e variano anche nella stessa persona in modo straordinario; per lo più durano settimane e mesi, più raramente anni e decenni; ad ogni modo essi sono in generale più lunghi dei periodi dolorosi, specialmente nell'*ulcus duodeni.*

La latenza comincia molto spesso già pochi giorni dopo l'inizio della cura dietetica e permane in genere molto tempo se si mantengono gli opportuni accorgimenti dietetici e di regime di vita. Nelle ulcere non complicate, il dolore scompare al IV o VI giorno di dieta lattea e tale scomparsa è così costante che può servire anche come criterio diagnostico differenziale rispetto alle sindromi dolorose da colecistite o di altra natura.

Tutti i malati che noi abbiamo osservati di ulcere sicuramente dimostrate mediante l'esame radiologico, sono stati messi per 5 o 6 giorni a dieta lattea e portati così in periodo di latenza ed in tale periodo, dopo che il dolore era scomparso da vari giorni ed in alcuni casi da mesi, abbiamo praticato le nostre osservazioni per stabilire se i caratteri radiologici fossero modificati o se le ricerche nel succo gastrico o nelle feci avessero dato elementi atti a dimostrare una cicatrizzazione dell'ulcera.

La latenza non richiede però sempre il trattamento dietetico ma compare a volte spontaneamente, spesso in rapporto alle variazioni stagionali, così come si verifica per la comparsa del dolore.

*
* *

Sulle cause della periodicità sono state espresse le più differenti opinioni; alcune, in armonia con la genesi prevalentemente spastica dei dolori, si riferiscono alle modificazioni endocrine stagionali tendenti ad esaltare o ad attenuare la spasticità viscerale, altre si riferiscono alle alterazioni locali.

Kauffmann ammette una accentuazione periodica della irritabilità del vago in seguito a surmenage psichico o a processi infettivi o ad intossicazioni di natura endogena o esogena (alcool, tabacco ecc.).

Goldscheider e Grotz pensano ad una periodica ipereccitabilità di tutto il sistema nervoso viscerale oltre che del vago.

Schmidt crede che i sintomi clinici dell'ulcera duodenale e delle sue recidive non siano dovuti soltanto al processo anatomico cronico, ma ad una dispragia gastrica che compare acutamente e rapidamente scompare.

Questa dispragia consisterebbe in un eretismo motorio con tendenza al piloro-spasmo, che si accompagnerebbe ad un aumento della secrezione e ad una esagerazione dell'eccitabilità delle vie centripete. Anche Melchior e Müller fanno dipendere l'insorgere dei periodi dolorosi dall'esaltazione della spasticità della muscolatura gastrica.

Altri autori invece, spiegano la periodicità in base a dati anatomici. Così Schmiden spiega la periodicità dell'ulcera con una alterazione del suo stato anatomico; ma gli si obbietta che un'alterazione di stato non può avvenire in maniera così rapida da spiegare il cambiamento brusco, dal periodo di latenza alla fase di dolore, che spesso si verifica.

In alcuni casi non si può escludere che a base di questa periodicità, stia l'insorgenza di processi infiammatori sul fondo dell'ulcera (Schütze) o nei tessuti circostanti (Strauss). Questa possibilità oggi non è più negata da alcuno, però in molti casi è insufficiente a spiegare la periodicità, in quanto si possono trovare processi reattivi infiammatori recenti nei margini anche in ulcere resecate in latenza ed in ulcere perforanti decorrenti senza disturbi; infine tale meccanismo non può spiegare quei casi di ulcera gastro-duodenale con periodicità stagionale dei dolor .

Accanto a casi in cui la spiegazione dei periodi dolorosi è data da modificazioni del sistema nervoso vegetativo o da processi infiammatori complicanti, bisogna ammettere anche casi in cui i nuovi periodi dolorosi sono dovuti a recidive di ulcere sulla cicatrice, che in qualche modo rappresenta un punto di minore resistenza all'azione peptica. In tale senso parlano i reperti anatomici descritti da Hart di molteplici ulcere in diverso stato di cicatrizzazione.

*
* *

Studiato così il problema dal lato anatomico e stabilito che l'assenza del dolore non indica necessariamente la cicatrizzazione dell'ulcera, vediamo se è possibile clinicamente stabilire se un'ulcera nel momento della scomparsa dei dolori si debba considerare in periodo di latenza, o se si può parlare di una

vera guarigione definitiva. Dal punto di vista clinico possiamo attingere elementi da vari mezzi d'indagine.

1) Esame obbiettivo del paziente.

2) Comportamento dell'acidità gastrica.

3) Studio delle emorragie latenti.

4) Esami radiologici eseguiti nel periodo di latenza e confrontati con quelli eseguiti durante la fase dolorosa.

Prima però di riportare le conclusioni dei numerosi casi da me studiati dal punto di vista clinico riporterò brevemente la storia e i dati rilevati nel periodo di latenza in cinque casi che mi sembrano più caratteristici.

Caso I. — P. G., a. 33, contadino. Circa 8 anni fa cominciò ad avvertire un'ora circa prima dei pasti, senso di acidità, bruciore all'epigastrio; tale sensazione scompariva con l'ingestione di cibo; tre o quattr'ore dopo il pasto il P. avvertiva un dolore alla regione epigastrica con irradiazione sottocostale sinistra e retrosternale, che lo spingeva a nuova ingestione di cibo che calmava il dolore, mitigato anche dagli alcalini, ma non modificato dai cambiamenti di decubito. Tale sintomatologia durò circa due mesi e si presentò con immutati caratteri, in modo quasi periodico, ad intervalli di completo benessere di uno-due mesi e con la durata presso a poco uguale a quella del primo periodo doloroso. I periodi di dolore generalmente si iniziano con i cambiamenti di stagione.

L'esame obbiettivo dimostra solo nella regione epigastrica un punto doloroso profondo in corrispondenza del muscolo retto di sinistra in prossimità della linea mediana. Assenza di punti dolorosi posteriori.

L'esame radiologico (18-XI-29) dimostra: stomaco a sifone: modicamente ectasico e ptosico, medianizzato, con peristalsi profonda nelle due curvature e lenta. La palla pilorica appare grossa, a intervalli, specie in primo tempo il piloro appare allungato a zaffo e si vuota eccentricamente. Il bulbo duodenale appare fortemente destroposto, deformato e dolente.

Al P. si prescrive la dieta lattea assoluta che viene iniziata lo stesso giorno; dopo tre giorni il P. dichiara di sentirsi in condizioni di completo benessere; in sesta giornata si inizia una dieta composta da riso o pasta al burro, uova, pane arrostito, latte e verdura, che si continua fino al 7-XII-29 giorno in cui il P. è invitato a riprendere la sua dieta abituale; egli ha ripreso il lavoro e si dichiara guarito.

La ricerca delle emorragie latenti nelle feci praticata con la benzidina e con la tintura di guaiaco ha dato i seguenti risultati:

18-XI-29	Benz.	+ + +	Tint. Guaiaco	+ + +
21-XI-29	»	— — —	» »	— — —
24-XI-29	»	— — —	» »	— — —
28-XI-29	»	— — —	» »	— — —
2-XII-29	»	— — —	» »	— — —
7-XII-29	»	— — —	» »	— — —
11-XII-29	»	— — —	» »	— — —
18-XII-29	»	+ + +	» »	+ + +
25-XII-29	»	+ + +	» »	+ + +
2-I-30	»	+ + +	» »	+ + +
9-I-30	»	+ + +	» »	+ + +

L'esame radiologico praticato in pieno benessere l'11-I-30 dimostra gli stessi caratteri del primo per quanto riguarda il corpo gastrico e la regione dell'antro, viceversa la palla pilorica appare più regolare; permane però sempre la deformazione a carico del bulbo duodenale specialmente evidente a carico del recesso laterale. I caratteri di vuotamento e di motilità permangono invariati. Permane il dolore alla pressione nella regione del bulbo.

Caso II. — M. A., anni 32, impiegato. Anamnesi remota negativa. Da 4 anni ha avuto periodi di disturbi gastrici della durata di circa un mese alternati con periodi di completo benessere, durante i quali poteva sottoporsi ad errori dietetici senza avvertire alcun disturbo. Nei periodi dolorosi, che a detta del P., coincidono con i cambiamenti di stagione, il dolore per lo più urente e localizzato alla regione epigastrica, insorge due-tre ore dopo i pasti, non si irradia, cessa con l'ingestione di nuovo cibo e con gli alcalini; non si modifica con i cambiamenti di decubito, è accompagnato da cefalea più o meno intensa, da senso di lingua secca e patinosa, da eruttazioni. Non ha mai avuto vomito, nè ha osservato feci picee. Il P. viene esaminato il 17-XII-29. L'esame obbiettivo mostra solo un certo grado di tensione del muscolo retto di destra e un punto dolente profondo nella regione epigastrica due dita a destra della linea mediana.

L'esame radiologico (18-XII-29) dimostra: stomaco a sifone, allungato modicamente, regione dell'antro pilorico medianizzata. Peristalsi vivace e profonda sulle due curvature di un tipo lobante quasi segmentario. Il piloro destroposto si svuota eccentricamente, il bulbo duodenale appare piccolo, deformato, dolente in modo speciale sul versante pilorico.

Viene subito iniziata la dieta lattea e dopo cinque giorni quella latteo-vegetariana, con grande sollievo del P. che dice di sentirsi bene.

Il comportamento delle emorragie latenti nelle feci è stato il seguente:

18-XII-29	Benz.	+ + +	Tint. Guaiaco	+ + +
21-XII-29	»	+ + +	» »	+ + +
24-XII-29	»	+	» »	— — —
28-XII-29	»	— — —	» »	— — —
31-XII-29	»	— — —	» »	— — —

Il P. riprende il suo vitto normale.

4-I-30	Benz.	— — —	Tint. Guaiaco	— — —
11-I-30	»	— — —	» »	— — —
18-I-30	»	— — —	» »	— — —
25-I-30	»	— — —	» »	— — —

Il P. riferisce che il giorno 22 in seguito ad un pasto più abbondante del solito ha sentito molesto senso di peso all'epigastrio e che il giorno 23 dopo i due pasti principali ha avuto intensa pirosi.

1-II-30	Benz.	— — —	Tint. Guaiaco	— — —
7-II-30	»	— — —	» »	— — —
12-II-30	»	— — —	» »	— — —
18-II-30	»	— — —	» »	— — —

L'esame radiologico praticato il 18-II-30 conferma tutti i dati del primo, soltanto la peristalsi appare meno profonda e vivace.

Permane il dolore sul versante pilorico del bulbo duodenale.

CASO III. — V. A., di anni 35, impiegato. Buon mangiatore. modico bevitore e fumatore. Un anno fa, senza alcun errore dietetico, improvvisamente dopo due ore circa dal pasto fu colpito da intenso dolore urente all'epigastrio non irradiantesi, non influenzato dai cambiamenti di decubito, ma mitigato dagli alcalini e da bevande calde e accompagnato da nausea ed eruttazioni, non da vomito; tale dolore si ripresentò con gli stessi caratteri per 15 giorni. Stette poi sempre bene non avvertendo disturbi neanche in seguito ad errori dietetici fino ad un mese fa, epoca in cui si ripresentò la stessa sintomatologia. Durante quest'ultimo periodo ha notato feci scure, un certo deperimento, senso di debolezza, vertigini. La dieta lattea che per consiglio di un sanitario ha iniziato da 7 giorni ha avuto un benefico effetto, tanto che il paziente viene in esame più che altro, per il senso di debolezza, il 8-I-1930.

L'esame obbiettivo mostra solo pallore piuttosto accentuato della cute e delle mucose visibili, e nell'addome colla palpazione profonda un punto dolente a destra della linea mediana nella regione epigastrica. Posteriormente sono dolenti i punti di Boas.

L'esame radiologico praticato il 10-I-930 mostra: stomaco a sifone, piccolo, alto, medianizzato con peristalsi vivace e profonda nelle due curvature. Piloro che si vuota eccentricamente. Bulbo duodenale deformato e dolente.

Si fa iniziare al paziente la dieta latteo-vegetariana, poichè già da 7 giorni tiene la dieta lattea, e si pratica la ricerca delle emorragie latenti nelle feci:

10-I-30	Benz.	— — —	Tint.	Guaiaco	— — —
13-I-30	»	— — —	»	»	— — —
16-I-30	»	— — —	»	»	— — —

Il 16-I930 il P. riprende la sua dieta abituale astenendosi però dai sughi, alcool, cacao. Si pratica settimanalmente l'esame delle feci coi seguenti risultati:

23-I-30	Benz.	+ + +	Tint.	Guaiaco	+ + +
30-I-30	»	+ + +	»	»	+ + +
6-II-30	»	+ + +	»	»	+ + +
13-II-30	»	+ + +	»	»	+ + +
20-II-30	»	+ + +	»	»	+ + +
27-II-30	»	+ + +	»	»	+ + +
6-III-30	»	+ + +	»	»	+ + +

L'esame radiografico praticato il 6-III-30 dimostra che resta invariato il reperto precedente per quanto riguarda lo stomaco. Nel radiogramma è bene visibile la palla pilorica e il piloro, con vuotamento eccentrico verso la parte mediana. Il bulbo duodenale appare orizzontale, deformato, dolente alla pressione.

CASO IV. — M. S., di anni 36, meccanico, 14 anni fa, senza alcuna apparente causa, cominciò a notare due o tre ore dopo i pasti dolore all'epigastrio, senza irradiazioni, accompagnato da eruttazioni, non da nausea nè da vomito. Tale dolore scompariva coll'ingestione di nuovo cibo, si attenuava nel decubito a bocconi e con l'ingestione di alcalini ed era accompagnato da cefalea. Il P. non sa dire nulla dei caratteri delle feci. Non ebbe mai ematemesi. Tali fenomeni durarono circa un mese e si ripresentarono in seguito con gli stessi caratteri in modo quasi periodico, con intervalli di completo benessere di circa due mesi e con durata uguale a quella del primo periodo. Da un anno ha notato che il dolore durante gli attacchi è più intenso tanto da svegliarlo nel sonno; le feci sono spesso picee. I periodi dolorosi insorgono indipendentemente da errori dietetici. Durante quest'ultimo anno si è notevolmente deperito. Viene esaminato il 9-II-30.

L'esame obbiettivo mette in evidenza un punto dolente della regione epigastrica sulla linea mediana. Esiste un'altro punto dolente in corrispondenza della linea paravertebrale destra all'altezza della X e XII vertebra dorsale.

L'esame radiologico praticato il 10-III-30 mostra: stomaco a sifone, modicamente ectasico e fortemente ptosico, al disotto della cresta, con peristalsi fiacca ma abbastanza profonda.

Il vuotamento è scarso. Il piloro ed il duodeno appaiono deformati, ma non dolenti alla pressione.

Dolenzia si nota nella regione epigastrica.

Il P. inizia subito la dieta lattea assoluta e dopo 5 giorni quella latteo-vegetariana e si pratica la ricerca delle emorragie latenti nelle feci.

10-III-30	Benz.	+ + +	Tint.	Guaiaco	+ + +
13-III-30	»	— — —	»	»	— — —
17-III-30	»	— — —	»	»	— — —
21-III-30	»	— — —	»	»	— — —

Il P. in assoluto benessere, riprende la dieta abituale.

25-III-30	Benz.	+ + +	Tint.	Guaiaco	+ + +
1-IV-30	»	+ + +	»	»	+ + +
7-IV-30	»	— — —	»	»	— — —
15-IV-30	»	— — —	»	»	— — —
22-IV-30	»	— — —	»	»	— — —
29-IV-30	»	— — —	»	»	— — —
6-V-30	»	— — —	»	»	— — —

L'esame radiologico praticato in assoluto benessere il 6-V-30 mostra: stomaco a sifone aberrato tutto al disotto della cresta, col piloro al livello dell'articolazione sacro-iliaca, perfettamente centrale rispetto alla colonna vertebrale; il bulbo duodenale piccolo e deformato appare al livello del corpo della V vertebra lombare; il reperto gastrico appare immodificato.

CASO V. — P. U., di anni 41, impiegato. Anamnesi familiare e remota negativa per lues e tubercolosi. Durante il 1923 ebbe periodi di disturbi gastrici a tipo di ulcera; in seguito ad opportune cure dietetiche migliorò e stette bene fino al marzo 1926 epoca in cui improvvisamente ebbe abbondante melena. Un esame radiologico mise in evidenza segni di ulcera duodenale con periduodenite per cui il 19-IV-1926 fu operato, nell'Ospedale di S. Giovanni, di gastero-enterostomia. Seguono quasi quattro anni di assoluto benessere. Nel dicembre 1929 cominciò ad avvertire dopo i pasti intenso bruciore all'epigastrio, tanto da essere costretto all'uso abbondante del bicarbonato di sodio. Dopo circa 15 giorni da che avvertiva tale disturbo ebbe abbondante melena. Il P. viene in esame il 31-I-30 accusando solo profondo senso di debolezza e nessun disturbo gastrico.

L'esame obbiettivo mostra: condizioni generali piuttosto scadenti. Pallore intenso della cute e delle mucose visibili. Nulla a carico del faringe, delle ossa, delle articolazioni, dell'apparato respiratorio, cardiovascolare, linfoglandolare e del sistema nervoso.

Sull'addome si nota una cicatrice laparatomica xifo-ombellicale e un punto dolente profondo nella regione epigastrica a sinistra della linea mediana. Posteriormente si nota un altro punto dolente sulla linea paravertebrale sinistra all'altezza della XII vertebra dorsale.

Fegato e milza non ingranditi.

Si prescrive dieta lattea per 5 giorni e latteo-vegetariana per sei giorni.

L'esame radiologico, il 1-II-30 ha dato: stomaco a sifone, piccolo, alto. Sulla porzione caudale del corpo gastrico e posteriormente alla grande curvatura si nota un'ansa abboccata. Sia l'ansa afferente che l'efferente, appaiono ripiene. Sull'ansa efferente in vicinanza del neostoma si nota una porzione rigonfia dell'ansa. In tale punto, anche dopo svuotato completamente lo stomaco, permane un residuo di pasto che appare in vivace peristalsi.

Tracce di bario si notano anche nel vecchio duodeno e pure esse permangono dopo l'avvenuto svuotamento gastrico. Ambedue questi residui appaiono dolenti alla pressione. I segni radiologici depongono per una vecchia ulcera duodenale e per una nuova ulcera sopravvenuta sull'ansa abboccata in vicinanza del punto d'innesto.

Gli esami delle feci hanno dato i seguenti risultati:

1-II-30	Benz.	+ + +	Tint. Guaiaco		+ + +
3-II-30	»	+ + +	»	»	+ + +
5-II-30	»	+ + +	»	»	+ + +
10-II-30	»	+ + +	»	»	+ + +

S'invita il paziente ad alimentarsi a suo piacere evitando solo sughi, cacao, alcool.

18-II-30	Benz.	+ + +	Tint. Guaiaco		+ + +
25-II-30	»	— — —	»	»	— — —
4-III-30	»	+ + +	»	»	+ + +
11-III-30	»	— — —	»	»	— — —
18-III-30	»	— — —	»	»	— — —
25-III-30	»	— — —	»	»	— — —
1-IV-30	»	— — —	»	»	— — —
7-IV-30	»	— — —	»	»	— — —
11-IV-30	»	— — —	»	»	— — —
18-IV-30	»	— — —	»	»	— — —

Il paziente dice di sentirsi molto meglio: non accusa alcun disturbo gastrico, il senso di debolezza è quasi completamente scomparso.

L'esame radiologico in data 30-IV-30 dimostra che non è cambiato il reperto precedente: sull'ansa abboccata si notano residui in attiva peristalsi anche dopo avvenuto il vuotamento gastrico. Dolore intenso alla palpazione del neopiloro.

La ricerca delle emorragie latenti nelle feci praticata nello stesso giorno è ancora negativa.

Le conclusioni cui ci autorizzano i casi ora descritti sono:

1) *L'esame obbiettivo* è molto spesso negativo anche durante la fase dolorosa, sebbene la persistenza dei punti dolorosi gastrici e specialmente dei posteriori, può avvalorare il sospetto che la cicatrizzazione completa non sia avvenuta. L'esistenza di dolori episodici transitori, di vomiti improvvisi, può anche essere un criterio che parla per l'attività dell'ulcera.

2) *Comportamento dell'acidità gastrica.* Non abbiamo studiato il comportamento dell'acidità, oltre che per il pericolo del sondaggio, anche perchè dati recenti hanno dimostrato quanto scarso sia il valore dell'acidità gastrica nell'ulcera gastro-duodenale e quindi i risultati di uno studio accurato su tale argomento non avrebbero potuto essere conclusivi. Ciò risulta dalle osservazioni dell'Alessandrini che nei casi in cui esisteva iperacidità non ha mai trovato una persistenza costante di essa, tale da doversi interpretare come un segno di attività del processo.

Inoltre, quand'anche tale persistenza fosse dimostrata, per dare ad essa valore bisognerebbe potere escludere qualsiasi altra causa di ipercloridria, il che non è facile se si pensi che la secrezione gastrica può essere influenzata da fattori riflessi (cicatrice di ulcera, aderenze perigastriche, colelitiasi, affezioni genitali, ernie addominali, piccole ernie omentali della linea alba); da fattori locali (gastrite concomitante) e da fattori generali (stato di acidosi).

3) *Emorragie latenti.* È questa una ricerca che merita di essere presa in seria considerazione, pur senza attribuirle un valore assoluto. Che un valore assoluto non si possa dare a questa ricerca è confermato da studi dell'Alessandrini, il quale in ulcere sicuramente dimostrate radiologicamente prima e poi all'atto operativo, ha trovato la reazione nelle feci costantemente negativa. Ciò dimostra che possono esistere ulcere decorrenti senza emorragie occulte, il che diminuisce il valore della ricerca. Quando però, durante il periodo doloroso, messi al riparo da ogni possibile causa di errore, si ottiene positiva una delle sensibilissime reazioni del guaiaco o della benzidina e quando tale ricerca, praticata a regolari intervalli di tempo, continua ad essere positiva anche durante la fase di latenza, assume un significato speciale, in quanto dice che la cessazione dei dolori non si identifica con una guarigione o meglio con una cicatrizzazione dell'ulcera. Certo non è questo un criterio assoluto ma è forse quello che ha maggior valore nell'indurci ad ammettere la possibilità di una latenza soltanto dolorosa.

Ammesso come vero questo criterio ci si potrebbe domandare se è vero l'opposto, cioè se la scomparsa di emorragie occulte durante la fase di latenza di un'ulcera gastro-duodenale che ha dato positive le reazioni di Weber e della benzidina nel periodo doloroso, sia da attribuirsi ad una cicatrizzazione dell'ulcera. Il problema è quanto mai difficile e ancora da

risolversi. Si può pensare che con la cura dietetica nell'ulcera messa, per così dire, a riposo, si abbia la guarigione della lesione vasale, (formazione ed organizzazione di trombi) senza per questo aversi una cicatrizzazione dell'ulcera stessa. In due casi seguiti con esami delle feci settimanali, ho visto la scomparsa definitiva delle emorragie latenti, sebbene fossero rimaste invariate le condizioni radiologiche del bulbo duodenale che era sempre dolente alla pressione. Negli altri casi il comportamento delle emorragie latenti si è dimostrato irregolare. Per lo più dopo qualche giorno dall'inizio della cura dietetica la reazione della benzidina è divenuta negativa e tale è rimasta per un periodo variabile, dopo il quale è tornata ad essere positiva per rimanere poi sempre tale o per dare ancora esito negativo. A questa irregolarità va attribuito probabilmente lo stesso significato di una positività costante, perchè una lesione vasale che guarisca e si riapra continuamente per influenze termiche, meccaniche ecc. ha lo stesso valore di una lesione che sia continuamente aperta.

4) *Esami radiologici*. Sembrerebbe che gli esami radiologici che con la dimostrazione delle alterazioni morfologiche ci danno una prova quasi infallibile della presenza delle alterazioni anatomiche dello stomaco e del duodeno, dovessero anche permetterci di seguire il decorso delle ulcere gastro-duodenali in maniera tale da poter dare un giudizio sui loro processi di guarigione e sulle loro condizioni durante i periodi di latenza.

L'osservazione radioscopica e radiografica fatta durante i periodi dolorosi e comparata con quella della fase di latenza porta però ad un esito assolutamente negativo. Le osservazioni sono scarse.

Walko se ne è occupato in maniera particolare, ma tutte le osservazioni precedenti riguardano solo la scomparsa della nicchia in seguito alla cura medica. Si è creduto e tutt'ora si crede da alcuni, che la scomparsa della nicchia debba essere considerata come una guarigione; vi sono però molti altri autori, anzi la maggior parte, che considerano la scomparsa della nicchia come un fenomeno molto frequente, ma spesso indipendente dalle condizioni anatomiche dell'ulcera. Questo differente modo di pensare è dovuto ad una diversa interpretazione del sintomo nicchia. Per alcuni, essa è un sintomo solamente anatomico, cioè l'immagine d'un cratere ulceroso; per altri, e tra questi lo stesso Handek, oltre che alla lesione anatomica essa è dovuta ad uno spasmo della *muscularis mucosae* dei margini dell'ulcera. Quindi, se in seguito alla cura, cede lo spasmo, la nicchia può scomparire pur persistendo un fondo calloso torpido non cicatrizzato.

La scomparsa della nicchia può essere dovuta anche a riempimento dell'imbuto ulceroso con muco o con residuo alimentare. Infine le osservazioni di forti melene o ematemesi in individui con esame radiologico prima e dopo negativo, e i numerosi reperti gastroscopici di ulcere in attività nonostante l'assenza della nicchia all'esame radiologico (Schindler, Czepa, Rahuenfuerer, Alessandrini), dimostrano che non può interpretarsi come una guarigione la scomparsa della nicchia.

Una persistenza poi della nicchia nel periodo di latenza non sta a significare una persistenza del processo ulcerativo, giacchè la superficie della nicchia può essere cicatrizzata e ciò specialmente nell'ulcera del duodeno, dove processi di vecchia data si accompagnano a retrazione e deformazione del bulbo.

Per tutti gli altri sintomi radiologici delle ulcere gastriche e duodenali durante la latenza Walko distingue:

1) Casi in cui i reperti radiologici si mostrano presso a poco uguali a quelli del primo periodo doloroso.

2) Casi in cui durante la latenza stessa si hanno oscillazioni tra grandi limiti.

3) Casi in cui i sintomi radiologici diretti aumentano in maniera sorprendente.

4) Casi in cui si rendono appena dimostrabili.

Da tutto ciò risulta che l'esame radiologico, da solo, non ha valore per rivelarci la latenza dell'ulcera, giacchè anche l'intensità dello spasmo non c'illumina affatto sull'intensità del processo e in molti casi delle briglie cicatriziali possono simulare uno spasmo meso-gastrico.

La ricerca delle emorragie latenti nelle feci eseguita settimanalmente, bene al riparo da ogni causa di errore e integrata da esami radiologici ripetuti, potrà dare la prova di una persistenza del processo anche in casi clinicamente guariti.

RIASSUNTO.

L'A. esamina i vari mezzi d'indagine clinica per stabilire se un'ulcera gastrica o duodenale, nel momento della scomparsa dei dolori, debba considerarsi in sola latenza dolorosa o definitivamente guarita. Studia con particolare riguardo la ricerca delle emorragie latenti nelle feci e gli esami radiologici.

Conclude dicendo che il reperto di emorragie latenti è forse quello che ha maggior valore per ammettere una persistenza del processo anatomico in casi clinicamente guariti.

È bene però che questa ricerca sia integrata da ripetuti esami radiologici.

BIBLIOGRAFIA.

Alessandrini P. *Lezioni di patologia dell'apparato digerente*. Roma, Libreria della Sapienza, 1923.

Id. Boll. Accad. Medica. Roma, 1927, n. 3.

Hurst A. F. and Stewart M. J. *Gastric and duodenal ulcer*. London, 1929.

Kaufmann. *Trattato di anatomia patologica*.

Gamna C. Ibid. P. Foà, 1922.

Boas. Medizinische Klinik, 1928, n. 36.

Staehelin. *Trattato di medicina interna*. Soc. edit. Libraria, Milano, 1924.

Walko. Mitteilungen aus d. Grenz der Med. und Chir., 1926.

Busi A. *Tecnica e diagnostica radiologica delle malattie chirurgiche*. Vol. II. *Diagnostica chirurgica* di D. Taddei, U.T.E.T., 1927.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Iperemesi e mola vescicolare.

Contributo clinico

del dott. Nicolò Muglia (Barcellona di Sicilia).

La coincidenza di queste due entità morbose in gravidanza è valsa come argomento più che attendibile per dimostrare la natura strettamente ovulare dell'intossicazione gravidica, in cui l'iperemesi rappresentava la manifestazione clinica più saliente.

L'iperemesi, cioè il vomito ostinato, pernicioso della gravidanza, al pari del vomito simpatico, fisiologico della gravidanza, insorge durante i primi mesi, mentre è assai raro oltre il quarto mese; e perciò devono avere la stessa origine.

L'iperemesi non è certamente il vomito che appare solo al mattino, specie nelle primipare, di materiale mucoso; esso è un vomito continuo, cioè che si presenta in tutte le ore del giorno, e dietro l'introduzione di qualsiasi cibo e bevanda, per essere alla fine indipendente dall'introduzione di qualsiasi alimento e presentarsi spontaneamente sotto forma di frequenti e dolorosi sforzi.

L'alimentazione diventa perciò impossibile, la donna ben presto va incontro ad uno stato di cachessia, dovuto all'inanizione; ha deliqui, polso frequente, ipoteso, febbre, albuminuria, talvolta itterizia ed emorragie sottocutanee e sotto-mucose. L'orina nei casi gravi può contenere urobilina, acetone, glucosio, acidi solfoconiugati, indacano, acido aceto-acetico, leucina e tirosina. Infine, se si raggiunge la fase depressiva, nel sopore o nel coma avviene la morte.

Tutto ciò ho creduto di far risaltare di fronte a chi potrebbe ancora scambiare un vomito, per così dire, esageratamente simpatico, con l'iperemesi vera, vomito ostinato, il quale insorge per effetto della gravidanza e si aggrava esclusivamente per essa. È pericoloso per la gravida e per tale ragione fu oggetto di numerosi studi, allo scopo di accertarne la patogenesi, condizione necessaria per istituire una cura razionale ed efficace.

Che fosse di natura tossica, era già nell'opinione della maggioranza degli ostetrici; ma si trattava di stabilire meglio l'origine del veleno. I primi autori ritennero che il vomito delle gravide fosse dovuto a putrefazioni nello stomaco e nell'intestino. Altri, invece, lo misero in rapporto con uno stato d'intossicazione dovuto ad insufficienza epatica. Altri ancora lo attribuirono a lesione funzionale delle glandole endocrine come le capsule surrenali, le ovaia ed i corpi lutei.

Più recentemente poi il vomito gravidico si ritenne prodotto da veleni di natura ovulare. Tale ipotesi fu espressa dal Pestalozza fin dal 1900, nelle sue conferenze cliniche, molto prima del Behme che, fuori d'Italia, fu ritenuto il fondatore della teoria ovulare.

Gli elementi placentari, cioè gli elementi ectodermici coriali — sincizio ed epitelio del Langhans — penetrando nel circolo materno darebbero luogo alla produzione di sostanze tossiche, causa del vomito. Tale penetrazione si verifica anche in condizioni normali, a tutte le epoche della gravidanza, per i noti rapporti anatomici tra villi e laghi sanguigni; e con maggiore intensità e frequenza in forme patologiche generali gravidiche, in alcune tossiemie (eclampsia), e in casi di mola vescicolare.

L'attività antigena delle sostanze coriali in condizioni normali non è sempre tollerabile dall'organismo della gravida e la reazione di difesa dell'organismo può non rispondere al bisogno, ed allora si passa o repentinamente o per gradi da una condizione che appariva normale, ma che in sostanza era di tossiemia latente, ad uno stato tossiemico strettamente patologico (Ferroni). E così dai sintomi simpatici, che possono ritenersi come la traduzione clinica della tossicosi latente, per così dire, tollerabile, fisiologica della gravida, si passa alle tossicosi gravidiche vere e proprie,

e così il vomito semplicemente simpatico diventa iperemesi.

Molto più facilmente ciò si verifica quando si è di fronte a condizioni patologiche dell'uovo, come la mola vescicolare, in cui gli elementi ectodermici coriali sono in preda ad una attività neo formativa iperplastica, e quindi più abbondante è il materiale protoplasmatico che essi immettono nel circolo materno, e vuoi per una maggiore produzione di sostanze specifiche di difesa (sinciziolisine), che hanno effetti tossici, vuoi per l'ipersensibilità della gestante verso tali sostanze (anafilassi), sia perchè gli emuntori si sono resi insufficienti all'iperlavoro a cui sarebbero obbligati, per tutte queste ragioni ne consegue un accumulo sempre maggiore di sostanze tossiche, comprese quelle che provengono dalle glandole endocrine iperfunzionanti (lipoidi); allora, ripeto, la tossiemia esplode e con un quadro clinico piuttosto grave. A questo stato tossiemico si può giungere o per gradi o in un modo rapido, a seconda le diverse circostanze cliniche in cui trovasi la gestante, non trascurando il suo stato più o meno labile ed ipersensibile.

Il vomito fisiologico che per effetto della mola vescicolare diventa incoercibile, prova luminosamente che esso è dovuto più che alle tossine di altra origine, alla penetrazione in circolo materno degli elementi ectodermici coriali che nella mola vescicolare, come ripeto, sono iperprodotti ed alterati.

Il vomito più accentuato nei casi di gravidanza gemellare è pure spiegabile con la più abbondante penetrazione nel sangue materno di questi elementi. L'efficacia del trattamento nei casi di vomito incoercibile nei quali si dovette ricorrere all'interruzione della gravidanza, come il caso del Mangiagalli, di vomito persistente, in seguito a permanenza nell'utero di residui ovulari e che scomparve in seguito al raschiamento, dimostrano sempre più l'importanza di tali elementi sulla genesi dell'iperemesi.

Dimostrato così che *l'iperemesi nella gran maggioranza dei casi è dovuta ad intossicazione di origine ovulare*, resta a conoscere come agisce il veleno, cioè se in esso vi sia rappresentata una sostanza emetica soltanto, oppure una sostanza emetica ed un'altra tossica per tutto il sistema nervoso (Pinard).

Quindi, per concludere, se non si può disconoscere, come dice il Pestalozza, la possibilità in certi casi del vomito che insorge col meccanismo dei riflessi, specie per stimoli partenti da un utero che sia leso, ed in certi altri, data la natura isterica delle pazienti, ritenerlo come una nevrosi riflessa, si deve, almeno nella massima parte dei casi, e che sono i più gravi, ricercare nell'uovo, e più precisamente negli elementi coriali, il punto di partenza dell'intossicazione, appunto come accade per il vomito incoercibile che insorge per la presenza della mola idatigena.

D'altra parte quel vomito che si può intendere come riflesso o isterico, è sempre dovuto a quello stato di intossicazione a cui ogni gestante va soggetta. La labilità del suo sistema nervoso, le sue stigmate isteriche come il suo stato anemico o clorotico, non possono avere altro valore che quello di cause predisponenti.

*
* *

Premesso tutto ciò, che rappresenterebbe, in modo sommario, lo stato attuale delle nostre conoscenze riferibili alla patogenesi dell'iperemesi, aggiungo alla letteratura il contributo clinico di un altro caso tipico e grave che nella sua sintomatologia, nel suo decorso e nell'efficacia del trattamento subito, prova ancora una volta quanta grande sia l'influenza dell'azione tossogena dell'uovo fin dai primordi del suo sviluppo, sulla patogenesi dell'iperemesi e come questa entità morbosa, insorta per effetto della mola vescicolare, sia stata l'esponente della tossiemia gravidica strettamente ovulare. Tale caso clinico, che rendo di pubblica ragione, rappresenta forse l'unico negli anni che decorrono dal 1907 ad oggi, dato che ho compulsato la letteratura italiana e straniera in tutto questo periodo di tempo e non mi è stato dato di rinvenirne un altro.

Ecco la storia clinica:

Il 10 maggio 1928 vengo chiamato d'urgenza presso il letto di un'inferma, di anni 24, che trovo in posizione supina, a testa bassa. Ha il volto pallidissimo, gli occhi incavati, frequenti conati di vomito, deliqui ed annebbiamenti di vista. Polso 130, piccolo, ipoteso. Temperatura 39°,5. L'inferma si lamenta per un dolore intermittente dovuto all'utero in stato di contrazione.

L'organo è aumentato di volume come per gravidanza al 5° mese, giungendo col suo fondo alla seconda zona sottombelicale. È di forma globosa, di consistenza pastoso-elastica e ad una palpazione profonda, non fa avvertire parti fetali, nè doppio battito nè soffio uterino all'ascoltazione. Intanto abbondante perdita di sangue dai genitali.

All'esplorazione combinata addomino-genitale, il collo uterino si avverte aumentato di volume, come svasato, a forma conica, con la base verso l'orifizio interno. Il canale cervicale è permeabile al dito esploratore, con cui percepisco grumi di

sangue che estraggo con lo stesso dito. Tutto l'utero è aumentato di volume, come in gravidanza al 5° mese, di forma globosa e di consistenza pastoso-elastica. Esaminati i coaguli di sangue vi rinvengo in mezzo delle vescichette con aspetto madreperlaceo, e con contenuto limpido. La diagnosi in base a tale reperto è ovvia: *travaglio abortivo dovuto a mola idatigena in via di espulsione.*

Data la profusa perdita di sangue, previi i comuni preparativi di tecnica operativa in simili casi, procedo senz'altro all'estrazione della mola. Completo lo svuotamento dell'utero dai residui ovulari, mediante il raschiamento praticato con una larga curetta strisciata cautamente attraverso a tutte le sue pareti. Detergo la cavità uterina, con soluzione alcoolica salicilica, pratico uno stipato zaffo utero-vaginale di garza xeroformica, medicazione per occlusione, vescica di ghiaccio sul ventre, iniezioni di ergotina, di olio canforato, di adrenalina ed ipodermoclisi.

Nella massa molare delle vescicole, ad una minuta ricerca, non mi fu possibile rintracciare residuale cavità amniotica di sorta, quindi trattavasi di mola idatigena non embrionata piena, nettamente evoluta e sviluppatasi in uovo delle prime settimane di sviluppo e nella totalità dei suoi villi.

All'anamnesi, risultano disturbi mestruali, perdite leucorroiche, frequenza nel mitto, stitichezza ed anemia.

Pochi anni dopo il matrimonio la mestruazione si sospese e la p. incominciò da allora ad avvertire un senso di malessere e di spossatezza accompagnati da vomito, al mattino, di liquido mucoso, ptialismo, cefalea e ripugnanza assoluta per la carne e per certi speciali odori. In seguito il vomito divenne più accentuato e gradatamente si estese a tutte le ore del giorno; lo ptialismo divenne più molesto, e frequentemente la p. emetteva boccate di saliva. Incominciò a dimagrare ed a perdere le forze. Circa un mese dopo, perdita di sangue più abbondante, accompagnata da dolori al sacro, mentre tutti gli altri sintomi simpatici della gravidanza si accentuavano. Il vomito era frequente in maniera da non permetterle di trattenere cibo alcuno o bevande e spesso sostituito da conati violenti e dolorosi, quanto inutili.

Si ebbero poi: un'abbondante metrorragia, inanizione completa, deliqui frequenti; alla perdita di sangue si aggiunsero più intensi i dolori da contrazione uterina ed apparve la febbre preceduta da brividi, per cui la famiglia decise di ricorrere all'opera mia, espletatasi come sopra ho riferito.

Aggiungo le seguenti osservazioni. L'urina estratta col catetere al 2° giorno presentava aspetto torbido, peso specifico 1024, albumina 2 per mille. Inoltre: urobilina, indacano, acetone, acido aceto acetico. Esame microscopico del sedimento: cristalli di tirosina, cilindri ialino-granulosi, epiteli renali e delle vie basse urinarie.

Al ventesimo giorno, all'esame dei genitali, si riscontra quanto segue: lochiazione cremosa scarsa. Collo uterino in sede normale, lungo quasi tre centimetri, non ancora completamente ricostituito nella sua forma e nella sua consistenza; orifizio uterino esterno permeabile al dito esploratore. Utero in antiflessione, di forma globosa, di volume quanto un mandarino di media grossezza, con superficie liscia, di consistenza normale, indolente, mobile. Fornici vaginali depressibili ed attraverso nulla si rileva a carico degli annessi, del connettivo e del peritoneo pelvico. Le ovaia sono per volume normali. Non quindi cistomi luteinici molari.

Ricostruendo nei suoi precedenti anamnestici, sintomatici ed obbiettivi, la storia clinica della paziente, si verrebbe alle seguenti sommarie deduzioni cliniche:

Essa fin dall'epoca della sua prima giovinezza, ebbe disturbi mestruali, che, aggiunti allo stato di denutrizione, al colorito pallido della cute e delle mucose visibili e sopratutto ai sintomi obbiettivi dell'apparecchio cardiovascolare, parlerebbero per una forma di anemia. I sintomi simpatici della gravidanza, dal loro primo apparire furono abbastanza accentuati, anzi il vomito accompagnato allo ptialismo per intensità sempre crescente, assunse carattere tipico dell'incoercibile. Non poteva dipendere da affezioni del tubo gastro-enterico o di altri visceri addominali, nè da lesioni anatomiche o funzionali del sistema nervoso centrale, poichè nessun dato clinico deponeva in tal senso. Dipendeva esclusivamente dalla gravidanza e divenne irrefrenabile a misura che, coll'evolversi dell'uovo, si ordivano tutte quelle alterazioni patologiche insite allo sviluppo della mola vescicolare; anzi il subentrare del corteo dei sintomi gravi, manifestati da albuminuria, urobilinuria, acetonuria, che parlavano per lesa funzione del rene e del fegato, uniti allo ptialismo, al polso piccolo, frequente ed ipoteso e alla febbre, offrivano nell'insieme il quadro clinico di una grave tossiemia gravidica di cui l'iperemesi era l'esponente. La mola vescicolare, con le relative alterazioni istologiche, era da considerarsi come la sola ed unica causa della tossicosi; fatto questo che venne anche avvalorato dalla scomparsa quasi immediata del vomito, con lo svuotamento dell'utero dalla mola vescicolare e da ogni residuo deciduocoriale.

RIASSUNTO.

Caso di gravidanza molare idatiforme accompagnata da iperemesi ribelle alla cura medica e che guarisce immediatamente in seguito allo svuotamento dell'utero dalla mola e da ogni residuo deciduo-coriale, dimostrando come le alterazioni dell'uovo insite alla mola vescicolare, che hanno permesso la penetrazione in circolo materno degli elementi coriali in gran numero ed alterati, siano state la causa precipua del vomito.

DALLA PRATICA CORRENTE.

Contributo alla casistica degli avvelenamenti da anilina a mezzo di vernice da scarpe.

Dott. ADOLFO MUCCI - Riolunato (Modena).

Poichè particolarmente la letteratura e la casistica italiana sono tuttora scarse sull'argomento, non ritengo inutile rendere noto questo caso venuto alla mia osservazione nella passata estate e seguìto attentamente per esservi stato richiamato dalle pubblicazioni di Torraca e De Benedetti-Tancredi.

Si tratta di tale B. A., d'anni 32, da Pievepelago, coniugata. Il 14 luglio, lunedì, mi chiama, perchè teme di essere affetta da risipola ad ambedue i piedi. Dalle indagini rilevo che il precedente venerdì mattina, con ai piedi un paio di scarpe basse, la sera prima tinte di Nero d'Inferno, era stata per circa un'ora a stendere il bucato in un prato con erba alta e bagnata da recente pioggia.

La notte ha avvertito notevole senso di calore ai piedi, i quali nel sabato si sono andati arrossando, tumefacendo in una strana forma e con una intensa sensazione di prurito. Abituata al lavoro e allo strapazzo e spinta dalle necessità della casa, non ha abbandonato le abituali occupazioni, ma ha accusato il sabato, la domenica e, meno, il lunedì stanchezza, specie agli arti inferiori, un po' di nausea accompagnata da qualche conato di vomito, inappetenza, cefalea, e, alla notte, caldo ed un po' sudore. Non ha avuto vertigini, non disturbi visivi; ha avuto alvo sempre regolare e non ha avvertito modificazioni di quantità e qualità delle urine. Le mestruazioni che aveva in corso, sono apparse di colore nero.

Maritata, ha tre figli viventi e sani; non ha precedenti morbosi nè tare famigliari degni di nota. Longilinea, robusta, in ottime condizioni generali.

Temperatura e respiro normali, polso 85. Nulla ai grandi organi e apparati toraco-addominali.

Le labbra, le pinne e la punta del naso e l'estremità delle dita delle mani appaiono di una colorazione bluastro-violacea, e roseo-violaceo il letto ungueale delle dita.

La metà inferiore della regione dorsale dei piedi e le attigue e corrispondenti parti delle regioni laterali si presentano sede di una notevole tumefazione edematosa a margini nettamente delimitati e sopraelevati di circa mezzo centimetro dalla restante cute sana, intensamente arrossata, a superficie liscia. Una stretta zona nastriforme avente gli stessi caratteri abbraccia la parte alta del dorso del piede all'altezza della linea medio-tarsea. La regione colpita si presenta calda; alla palpazione del dito non mostra la comune consistenza con persistenza dell'impronta, ma presenta il carattere come d'un edema gelatinoso, sfuggente alla pressione. Indenni appaiono le dita e le regioni plantare e posteriore dei piedi.

Non modificazioni di colore delle urine e assenza di albumina. Un campione di sangue prelevato è apparso del caratteristico colore scuro cioccolatte; non ha potuto, per cause banali, pervenire a un gabinetto per l'esame spettroscopico.

Tra il lunedì e il martedì i disturbi generali sono scomparsi; la tumefazione locale ha persistito più a lungo cedendo con una intensa esfogliazione cutanea, mentre il prurito ha durato, con intensità decrescente, quindici giorni circa.

Le scarpe ricalzate in seguito due-tre volte, a distanza di più d'un mese, hanno ridestato il prurito, sicchè la paziente si è decisa a venderle. L'acquirente invece non ha avvertito disturbo alcuno.

All'infuori di applicazioni locali calmanti, non sono state praticate cure.

I disturbi presentati da questa donna vanno inquadrati fra gli avvelenamenti da anilina, principale componente, come d'altre vernici, anche del Nero d'Inferno; mentre altre ancora, a base di nitrobenzene, hanno provocato intossicazioni con sintomatologia molto simile, se assorbite per via cutanea, un po' diversa e molto più grave se ingerite: sicchè abitualmente le due forme vengono abbinate nelle trattazioni.

Ricordo brevemente che la letteratura sull'argomento — da ricercarsi in avvelenamenti non solo da tinture da scarpe, ma altresì da inchiostri da biancheria, da liquidi per lozioni da capelli, da liquidi a scopi parassiticidi — inizia nel 1900 ad opera dei francesi Landouzy e Brouardel, seguìti dall'americano Stone e da altri di varie nazionalità, che via via raccolgono tutti i casi pubblicati. Nel 1922-23 uno studio accurato di autori tedeschi, ispirato da avvelenamenti di numerosi bambini per biancheria di recente stampigliata, giunse a mettere in dubbio l'entità nosologica della malattia di Vinkel caratterizzata da cianosi, ittero, dispnea e fenomeni gastro-intestinali per emoglobinemia e emoglobinuria da sepsi, tendendo invece a raccoglierla nella sindrome degli avvelenamenti da anilina. In questi ultimi anni la casistica si è ancora arricchita ad opera anche di italiani: un caso mortale del Macaggi per applicazione di tintura da capelli, 1928; un caso del Fornara in un bimbo per scarpe tinte di fresco, e due di De Benedetti e Tancredi-Torreri per ingestione di nero d'inferno, 1929. In modo che si è arrivati a superare il centinaio di casi, dei quali una sessantina da vernice da scarpe. Leggo infine in questi giorni che anche l'Accademia di Medicina di Parigi se n'è occupata nella passata estate ad opera di Kling, richiamatovi da lagnanze pervenute ai Laboratori municipali della capitale per nuovi accidenti provocati da tinture per le calzature, le stoffe e le pellicce, il più spesso a base di anilina; questa, in un campione analizzato dall'oratore, arrivava al 47 per cento.

Il quadro dell'avvelenamento è caratterizza-

to da due note fondamentali: la colorazione violacea delle labbra, del naso, delle orecchie e delle estremità delle dita e delle mucose, e la tinta bruno-cioccolata assunta dal sangue: mentre la sintomatologia accessoria varia a seconda della forma d'assorbimento (gastrica, inalatoria, cutanea) e della quantità assorbita. Più lieve la sintomatologia in avvelenamenti per via cutanea e limitata il più spesso a cefalea, qualche vertigine e astenia rapidamente dileguantisi; più grave se da inalazione e sopratutto da ingestione con vomito, disturbi oculari e manifestazioni convulsive, apoplettiformi, comatose qualche volta mortali. La colorazione scura del sangue sembra dovuta a paraamidofenolo. La vessata questione della trasformazione della emoglobina in metaemoglobina con comparsa di questa nel sangue e nelle urine, cogli ultimi lavori va decidendosi in senso negativo.

La cura, superflua nelle forme lievi — e sono quasi tutte quelle da assorbimento cutaneo —, per De Benedetti e Tancredi va modificata nei grandi avvelenamenti in quanto il salasso e la trasfusione del sangue, che si ritenevano di rigore, possono essere sostituiti efficacemente dalla medicazione cardiotonica; il che non toglie, beninteso, eventuali indicazioni di lavaggio gastrico, di ipodermoclisi, di inalazioni d'ossigeno, ecc.

Il caso che fa oggetto di queste note ha presentato, oltre la comune sintomatologia, alcune particolarità che giova ricordare.

Fra i sintomi locali l'intensità della reazione infiammatoria, la sua forma corrispondente, con la precisione di uno stampo, sia alla scarpetta nella parte più sottile e aderente alla cute (rispettando pertanto le dita e il calcagno) che al suo cinturino; la sua consistenza molle-elastica, la lunga durata, l'intensissimo e persistente prurito. E, fra i sintomi generali, la leggera elevazione termica, non controllata, è vero, dal termometro, ma denunciata dalla sensazione di caldo e dai sudori notturni: elevazione che contrasta apparentemente con la costante tendenza alla ipotermia e che, a mio avviso, ripete la causa dalla flogosi acuta locale.

Il pronto risveglio del prurito al calzare delle solite scarpe, a distanza d'oltre un mese dall'avvelenamento, richiama immediatamente l'idea d'una reazione anafilattica locale; e anche il Lustig-Galeotti ricorda dei casi e degli esperimenti di sensibilizzazioni attive e passive mediante composti chimici. Ma poichè solo alle proteine eterogenee è riconosciuta la proprietà di determinare anafilassi, in quanto esse sole sono capaci di dare antigeni, così sarà più proprio parlare di cute tuttora, nel suo fine e complicato sistema sensoriale, sensibilizzata tanto, da far sì che pochissima sostanza specifica basta a raggiungere la soglia dello stimolo efficace.

Poichè l'uso di queste tinture in genere e del Nero d'Inferno in particolare è tanto diffuso nel popolo, ho voluto fare una larga inchiesta presso rivenditori, calzolai, privati. Non m'è riuscito di scoprire altri casi; e son dovuto arrivare àlla conclusione che non sempre soluzione di anilina, e nel caso Nero d'Inferno, più cute fanno avvelenamento.

Ho trovato calzolai che bene spesso e abbondantemente s'imbrattano, noncuranti, le mani, senza mai avere accusato disturbo alcuno; di fronte a casi d'avvelenamento professionale come quello del Nott (un barbiere con tintura per capelli) e quello del Grandhome. Così di diverse donne le quali, con calzature tinte di fresco, si sono bagnate abbondantemente i piedi viaggiando sotto la pioggia, lavando il bucato al torrente, andando ripetutamente per acqua; d'un ragazzetto di sette anni che con scarpe tinte la sera precedente ha diguazzato lungamente nella neve sciroccosa; di altri infine che si sono macchiati largamente le mani nel tingere le proprie calzature.

Potrà chiamarsi in causa talora la maggiore o minore concentrazione del soluto, tal'altra diversità di concia, diverso stato di usura dei cuoi; ma ritengo, sempre nel campo degli avvelenamenti per via cutanea, che la particolare sensibilità personale giochi il suo ruolo nel meccanismo patogenetico dell'avvelenamento.

Per ultimo, questa considerazione e comunque la rarità dell'evenienza mi tengono d'avviso non sia necessario, nei riflessi della medicina sociale, intervenire restrittivamente nei riguardi di queste vernici come delle lozioni per capelli, potendo bastare un'aggiunta d'avvertimenti precauzionali all'istruzione sull'uso.

Relativamente agli inchiostri per la stampigliatura delle biancherie, se la questione, date le scarse denuncie della letteratura nostrana, non è superflua, potrebbe essere indicato un provvedimento a salvaguardia dei piccoli bambini i quali solo possono patirne danno.

RIASSUNTO.

L'A., esposto un caso personale da calzature tinte di fresco, tratta degli avvelenamenti da anilina e nitrobenzene a mezzo di vernici

per scarpe, nonchè a mezzo di inchiostri per biancherie e di lozioni per capelli contenenti le stesse sostanze.

LETTERATURA.

FORNARA. L'Ospedale Maggiore di Novara, 1929, num. 2.

DE BENEDETTI e TANCREDI TORRERI. La pediatria del medico pratico, 1930, n. 1.

MACAGGI. In Atti, terzo Congresso Medicina Legale.

FILIPPINI. *Prontuario dell'Igienista.*

KLING. *Medicina Internazionale*, 1930, n. 10.

SUNTI E RASSEGNE.

MALATTIE INFETTIVE.

A proposito della febbre esantematica benigna estiva.

(G. SAMPIETRO. *Annali d'igiene*, dic. 1930).

La questione della identità, o parentela, tra la febbre esantematica benigna estiva, descritta da qualche anno a questa parte nelle regioni mediterranee, ed il tifo petecchiale, è di nuovo portata in discussione in alcune recenti pubblicazioni. La tendenza più diffusa è quella di separare le due malattie. Il Pecori invece, studiando una numerosa serie di casi, osservati nel suburbio di Roma, pur mettendo in evidenza le differenze epidemiologiche che distinguono le due forme, prova che esse si spiegano, più che con la diversità del virus, con la diversità dell'insetto vettore del virus. Egli identifica le cosidette « febbre di Marsiglia », « febbre di Roma », con il morbo di Brill, morbo che presenta le caratteristiche cliniche ed epidemiologiche della febbre esantematica mediterranea, pur essendo dovuto ad un virus identificabile con il virus petecchiale.

Le differenze epidemiologiche fra tifo petecchiale e dermotifo estivo benigno sono in relazione con il diverso veicolo dell'agente infettivo. Quando la parte di vettore viene assunta dal pidocchio, si hanno frequenti e numerosi passaggi del virus da uomo ad uomo e quindi la diffusibilità, la grande epidemia e, per il continuo trapasso dall'uomo malato all'uomo sano, l'accresciuta virulenza dell'agente patogeno e di conseguenza la malignità del morbo. Date le abitudini di vita del pidocchio, si comprende perchè le epidemie di tifo petecchiale si svolgano quasi sempre nella stagione invernale. Quando invece la parte di vettore del virus viene rappresentata da una zecca, che non è un parassita consueto, ma solo accidentale, dell'uomo, in assenza di pidocchi si avranno casi sporadici, non contagiosi, alla periferia della città, dove si trovano più di frequente cani parassitati dalle zecche; casi estivi, perchè è durante i mesi caldi che questi artropodi succhiano il sangue dell'ospite. Serbatoio di virus sarebbe dunque il cane, ma non può escludersi che ne siano serbatoi conigli, lepri, volpi.

Non si possono negare le differenze cliniche fra il tifo petecchiale e il dermotifo estivo: in questo il decorso è mite, la prognosi fausta; mancano lo stupore e le complicazioni nervose; però, come giustamente osserva il Pecori, non è lecito scegliere come termine di confronto il quadro classico del tifo petecchiale, ma si devono paragonare le forme del dermotifo estivo con quelle forme lievi, benigne, ad andamento favorevole, che con tanta frequenza si osservano durante le epidemie di febbre petecchiale, accanto ai casi tipici. E siccome la descrizione data da Brill del tifo benigno estivo del Nord America si adatta alla descrizione delle febbri di Marsiglia, di Roma, di Tolone, dato che tutti ammettono che il morbo di Brill è di natura dermotifosa, bisogna pure concludere che le sostenute differenze cliniche non sono sufficienti a separare le due malattie. Anche l'asserita diversità dell'esantema poco prova, perchè, se in alcune regioni l'eruzione delle febbri estive sembra avere un preponderante carattere papuloso, a Roma si sono con frequenza osservati anche esantemi maculosi; così come nel tifo petecchiale, accanto alle eruzioni nettamente maculose, in alcuni malati, e con maggiore frequenza in alcune epidemie, si notano anche papule.

Anche le prove di laboratorio vengono portate in campo dai dualisti. E parecchi si aggrappano alla fallita prova della Weil-Felix per confermare la diversità dei due virus.

È noto che nel morbo di Brill, la cui natura petecchiale è provata dalla immunizzazione crociata, la reazione di Weil-Felix risulta positiva nel 95 % dei casi. Ed è anche noto che tale reazione si riscontra positiva tardivamente, verso la fine del periodo febbrile, che compare anzi spesso solo durante la convalescenza; che può fallire per la cattiva scelta dello stipite batterico. Non si può escludere dunque la natura dermotifosa della febbre esantematica estiva solo perchè in uno o pochi casi di malattia si è avuto la Weil-Felix negativa, con sangue prelevato in terza o quarta giornata di malattia. Tanto più che Olmer e Pecori hanno trovato nella febbre di Marsiglia ed in quella di Roma la Weil-Felix positiva in una grande percentuale di casi.

Possono invece sembrare più convincenti le obbiezioni di altra natura sperimentale. La fortunata esperienza di Anderson e Goldberger sulla immunità crociata tra virus petecchiale e virus del morbo di Brill, non trova sinora riscontro per il virus del dermotifo estivo dei paesi mediterranei, e questo virus, a

differenza del petecchiale, non è neppure patogeno per la cavia. Ma prima di dedurre una conclusione a tale riguardo, sarebbe necessario moltiplicare le esperienze, senza tener conto che il fallimento della immunità crociata e la diversità di comportamento nella cavia potrebbero essere dovute alla diminuita virulenza del virus.

Questo contrasto di opinioni ha grande importanza per il problema profilattico. Se si ritiene che la concezione del Pecori, pure non essendo completamente provata, possa rispondere al vero, le misure di profilassi non possono trascurarsi. Se realmente esiste, nei cani, nei roditori, un serbatoio di virus petecchiale, qualora si rinnovino le condizioni sociali che favoriscano l'invasione del pidocchio delle vestimenta, potremo di nuovo assistere, dice il Pecori, alla esplosione di epidemie come quelle medievali.

Certamente allo stato attuale sarebbero superflue misure di isolamento, di contumacia di disinfezione; però sarebbe opportuno l'obbligo della denuncia per tutti i casi di malattia ad eruzione similtifosa; la distruzione delle zecche che parassitano i cani; l'abbattimento dei cani che si possono sospettare serbatoi del virus.

È certo che tutta la concezione di Pecori è molto suggestiva. Negli ospiti insueti — cane, eventualmente altri vertebrati, acari — il virus esantematico attenuerebbe e modificherebbe la propria attività; onde i diversi caratteri epidemiologici e clinici della malattia (come la mancata contagiosità, la ricorrenza estiva, la localizzazione periurbana, la sintomatologia affine a quella del morbo di Brill, le reazioni di laboratorio poco decise ecc.); ma va tenuta presente la possibilità di un ripristino di virulenza e di contagiosità (qualora si presentino condizioni favorevoli) e quindi la malattia va combattuta.

Questa concezione costituisce la parte più nuova ed originale degli studi compiuti dall'insigne igienista. C. TOSCANO.

Primi risultati della vaccinazione preventiva dell'uomo contro la febbre ondulante.

(CH. DUBOIS e N. SOLLIER. *Annales de l'Instit. Pasteur*, novembre 1930).

La vaccinazione preventiva dell'uomo contro il *B. melitensis* è assolutamente necessaria per le persone minacciate da contaminazione. Per lungo tempo si è ammesso che la capra e la pecora fossero i soli animali suscettibili di trasmettere la febbre ondulante. Attualmente è dimostrato che la specie bovina è capace di contrarre la melitococcia e di contaminare l'uomo.

Circa i modi di contaminazione occorre distinguere la contaminazione accidentale, di origine sopratutto alimentare, e la contaminazione professionale, la più frequente, che interviene quasi inevitabilmente in tutte le persone che vivono in stretta promiscuità con gli animali infetti o che manipolano dei prodotti infetti. In questi casi la contaminazione avviene generalmente per via cutanea. Ora, se è facile istituire la profilassi contro la contaminazione accidentale, non è invece possibile evitare, malgrado ogni misura d'igiene, la contaminazione professionale. È in questi casi che si rende necessaria la vaccinazione preventiva. Essa è allora una vaccinazione di necessità, che non esclude una vaccinazione di precauzione, nelle regioni infette da melitococcia animale, per tutte le persone che sono obbligate per la loro professione ad avere contatti con gli animali della specie bovina e caprina siano o no infetti.

La composizione del vaccino, preparato dagli AA. è la seguente:

Brucella melitensis: un ceppo di origine umana, un ceppo di origine caprina ed un ceppo di origine ovina; *Brucella abortus*: un ceppo di origine porcina ed uno di origine bovina.

I 5 ceppi sono insemensati in tubi di gelatina ordinaria. Dopo 48 ore di soggiorno in termostato, si aggiungono 10-15 cc. di acqua fisiologica sterile in ogni tubo per emulsionare le colonie microbiche. Si uccidono i germi con il calore (1 ora a 70°). La titolazione di ogni emulsione è poi effettuata separatamente comparando differenti diluizioni con testi microbici accuratamente titolati una prima volta con il metodo degli insemensamenti in capsule di Petri. Ciò fatto, si mescolano le 5 emulsioni di cui ognuna abbia il titolo di 2 miliardi di germi per centimetro cubo. Questo miscuglio costituisce il vaccino.

Nessun antisettico viene aggiunto al vaccino, che è ripartito in ampolle sterili. Queste ampolle, chiuse alla lampada, sono riscaldate una altra volta a 60° per un'ora. Si effettua poi il controllo della sterilità del vaccino insemensando il contenuto di una ampolla in un pallone di brodo che è lasciato 8-10 giorni in termostato. Se un passaggio in gelatina rimane sterile, nel corso di tre giorni, si può utilizzare il vaccino.

Le iniezioni possono essere praticate sia al braccio (regione deltoidea), sia nella regione sottospinosa. L'ampolla deve essere fortemente agitata per rendere la sospensione microbica ben omogenea. L'iniezione va fatta nel cellulare sottocutaneo, evitando il derma e il muscolo.

Gli AA. praticano 3 iniezioni a 8 giorni d'intervallo. La prima iniezione ha il vantaggio, indipendentemente dall'immunità che confe-

risce, di saggiare la suscettibilità del soggetto al vaccino.

Prima iniezione: 1/4 di cent. cubo (500 milioni di germi), seconda, 3/4 di cc. (1 miliardo e 500 milioni), terza iniezione, 1 cc. (2 miliardi). In totale, 4 miliardi di germi.

In generale, la prima iniezione non ha che una reazione locale insignificante. Se questa reazione è di intensità media, la 2ª e la 3ª iniezione saranno di 1/2 cc. soltanto, ma sarà bene praticarne una quarta di 1/2 cc. ancora, in modo da iniettare almeno 3 miliardi di germi in totale. Se la 1ª iniezione dà (ciò che è molto raro) una forte reazione locale (edema duro, eritema esteso e doloroso, febbre, cefalea) non si praticheranno altre iniezioni. In genere, la reazione locale che segue la 2ª e la 3ª iniezione è di intensità molto debole. La reazione generale è, nella quasi totalità dei casi, assolutamente nulla. In qualche soggetto (1 su 20 circa) si osserva febbre per qualche ora ed eccezionalmente per due o tre sere. La vaccinazione non lascia traccie lontane.

Le indicazioni e le controindicazioni sono quelle delle altre vaccinazioni preventive. Come principio, ogni persona apparentemente in buona salute può essere vaccinata. Bisogna scartare i soggetti sospetti d'essere all'inizio di una malattia acuta, quelli affetti da tubercolosi in evoluzione, i cardiaci, gli albuminurici, gli ematurici, i diabetici, gli etilici, i malarici, ecc., insomma tutti gli individui che presentano una malattia organica grave.

Gli AA. hanno vaccinato, secondo la tecnica di Nicolle, 5 persone per via digestiva, facendo loro ingerire per 4 giorni consecutivi, il mattino a digiuno, 100 miliardi di germi uccisi per riscaldamento a 70°, in una capsula di glutine gastro-resistente ed entero-solubile. Si trattava di vecchi o di malati. Questo modo di vaccinazione va riservato ai soggetti che presentano controindicazioni alla vaccinazione sottocutanea.

I risultati ottenuti, per quanto ancora recenti, sono incoraggianti. Sembra che l'immunità venga acquisita 10-15 giorni dopo l'ultima vaccinazione, cioè un mese dopo la prima. Durante questo tempo i soggetti sono esposti a contrarre la malattia. Mancano ancora elementi per poter apprezzare la durata dell'immunità.

C. TOSCANO.

Stato attuale delle conoscenze sperimentali sopra il tracoma.

(C. NICOLLE. *El Día Medico*, 10 nov. 1930).

La difficoltà dello studio sperimentale del tracoma è dovuta a due ragioni: la prima è il suo effetto patogeno, la seconda è che la lesione caratteristica del tracoma, la granulazione, è comune ad altre congiuntiviti granulose e queste sono frequenti negli animali da laboratorio, donde gli errori frequenti cui può andare incontro lo sperimentatore.

Esperienze antiche praticate su uomini ciechi dimostrano la inoculabilità del tracoma.

Lo scimpanzè mostra una sensibilità evidente, per quanto minore di quella dell'uomo.

Le ricerche praticate nell'Istituto Pasteur di Tunisi hanno dimostrato:

1) che il germe del tracoma è (di natura) invisibile;

2) l'inizio insidioso della malattia, la quale non si manifesta, come è stato creduto per lungo tempo, dopo un'infezione acuta della congiuntiva;

3) la sua contagiosità, e l'importanza che hanno le mosche nella propagazione della malattia nei paesi tropicali.

I corpuscoli descritti da Prowazek e Aaltestaedter nell'epitelio della congiuntiva e creduti l'agente del tracoma, sono semplici inclusioni cellulari.

I lavori recenti di Noguchi con materiale ottenuto da tracomatosi del Nuovo Messico sembrano portare nuova luce sull'argomento. Il germe scoperto da questo A. è un particolare microrganismo, mai visto sinora, e che inoculato nel « Macacus Rhesus » riprodurrebbe la malattia. Ma questi esperimenti non sono stati confermati da nessun altro autore, poichè nessuno è riuscito a riprodurre il tracoma inoculando il germe di Noguchi. È però importante il fatto che ultimamente Ugo Lombroso ha trovato il germe di Noguchi nei tracomatosi di Tunisi, senza però avere risultati probativi con la inoculazione di esso nelle scimmie.

Nicolle crede che il bacillo di Noguchi potrebbe essere la forma ancestrale, non virulenta, batterica, ottenuta per coltivazione dell'agente invisibile, virulento del tracoma; questa opinione spiegherebbe i risultati negativi ottenuti con la inoculazione di colture del b. di Noguchi, che sarebbe insomma la forma saprofitica dell'ultravirus del tracoma.

G. LA CAVA.

Immunità nella malaria sperimentale.

(M. CIUCA, L. BALLIF e M. VIERU. *Arch. Rumaines de Path. Exper. et de Microb.*, giugno 1930).

Dalle osservazioni fatte dagli AA. su di un gruppo di 518 soggetti sottoposti alla malarioterapia, si possono trarre le seguenti conclusioni:

1) Nei paesi a endemia malarica di gravità media (Rumania), la percentuale dei risultati positivi in seguito ad una prima inoculazione di sangue virulento è di: 53,3 % per la terzana benigna, 61,3 % per la quartana, 80 % per la terzana maligna.

2) Una percentuale del 18,6 % per la terz. benigna, del 15 % per la quartana e del 18 %

per la terz. maligna, presenta un parassitismo temporaneo senza accessi. Più del 95 % di questi portatori di terz. benigna si sbarazzano dei parassiti spontaneamente, senza alcun trattamento. Questa percentuale è molto ridotta per la quartana (30-40 %).

3) In seguito ad inoculazioni ripetute di sangue di terz. benigna di passaggio, si è arrivati a conferire una immunità contro lo stesso ceppo di *Plasmodium vivax* nel 100 dei casi. Questa immunità resiste anche ad una trasfusione di 65 a 220 cc. di sangue virulento dello stesso ceppo di passaggio di *Plasmodium vivax*. 67 % soltanto di questi malati resistono ad una inoculazione di prova di un altro ceppo di *Plasmodium vivax* (malaria spontanea senza passaggio) e 22 % divenuti portatori si sbarazzano spontaneamente dei loro parassiti.

4) Delle inoculazioni ripetute di sangue virulento di quartana dopo trattamento conferiscono ugualmente una resistenza nel più del 75 % dei casi.

5) Non vi è immunità crociata fra i tre tipi di parassiti.

6) In base a questi risultati, è difficile sostenere ancora l'unicità dei parassiti.

È accertabile, dunque, una immunità relativa, parziale, ma decisa, lasciata dall'infezione malarica. Essa è limitata al tipo parassitario che l'ha prodotta e perciò concorre a provare la pluralità specifica di tre tipi di parassiti. C. TOSCANO.

FEGATO E VIE BILIARI.

Sulla patologia del fegato.

(O. WELTMANN. *Wien. Klin. Woch.*, 23 ott. 1930).

La cosidetta « reazione verde benzaldeidica » consiste in una colorazione verde intensa che l'urina contenente pigmenti biliari assume talvolta invece di quella rossa, in seguito all'aggiunta dell'aldeide di Ehrlich.

Questa reazione verde è stata ritenuta un segno di lesione epatica; invece la reazione, che si riscontra soltanto in urine contenenti bilirubina, è in rapporto con una trasformazione batterica dell'urina contenente tale pigmento. La trasformazione batterica è determinata o dal fatto che l'urina è stata emessa molto tempo prima dell'esame, oppure è resa possibile dalla coincidenza casuale di un ittero con una infezione delle vie urinarie.

Il « paradosso galattosio-destrosio » consiste nel fatto, che 100 grammi di destrosio, dati insieme con 40 grammi di galattosio, diminuiscono notevolmente la galattosuria. Il destrosio non inibisce la galattosuria se somministrato due ore prima del galattosio, la inibisce invece se dato contemporaneamente, o se dato in varie dosi nelle due ore successive.

L'azione del destrosio consiste quindi evidentemente in un favorire l'assimilazione del galattosio.

L'esame della reazione diretta ed indiretta della bilirubina è stato dall'autore così modificato: 0,5 cmc. del siero da esaminarsi vengono messi in due provette, all'una di esse si aggiungono 0,1 cmc. di soluzione di acido cloridrico al 5 %, all'altra (controllo) 0,1 cmc. di soluzione fisiologica. Agitate le provette si aggiunge a ciascuna 0,1 cmc. di diazo-miscuglio, dopo 5 minuti sono evidenti differenze notevoli fra le 2 prove. Se la bilirubina è di provenienza epatica, la provetta di controllo ha un colore più chiaro, essa ha invece un colore più scuro se il siero viene da un paziente affetto da ittero emolitico.

Aggiungendo a varie provette contenenti una diluzione di siero 1:50 in acqua distillata, soluzioni scalari (0,1 ‰-1 ‰) di cloruro di calcio e riscaldando quindi per 15 minuti a bagno maria bollente, si ottiene in condizioni normali coagulazione fino alla provetta contenente la diluzione di cloruro di calcio 0,5 ‰. Coagulazione in numero minore di provette si ha in diversi processi infiammatori essudativi. Coagulazione in numero maggiore di provette, nelle cirrosi epatiche e nelle affezioni del parenchima del fegato (ampiezza del « nastro di coagulazione »). R. POLLITZER.

Le diarree di origine epatica.

(FAROY, DERON, H. DESOILLE. *Rev. de Méd.*, n. 9, nov. 1930).

I disturbi epatici e intestinali si associano frequentemente in clinica. La sindrome entero-epatica è classica. Gli AA. richiamano ora l'attenzione sulla sindrome epato-enterica che è meno studiata e che essi cercano di sviscerare il più completamente possibile limitandosi però allo studio della forma diarroica.

La *patogenesi* è estremamente complessa. Un ufficio importante lo ha la bile: o per iposecrezione che riduce l'azione antiputrida e l'azione che la bile ha sulla digestione delle sostanze amidacee e dei grassi; oppure per una secrezione improvvisa massiva della bile che può eccitare bruscamente le contrazioni intestinali e produrre un'accelerazione del transito intestinale.

D'altra parte anche il fegato ha la sua parte assai importante: sia per la produzione di autolisine che dànno prodotti tonici aumentanti la secrezione salivare ed intestinale e diminuenti la renale; sia per la ipertensione portale che per diminuito riassorbimento di acqua attraverso la mucosa intestinale, può produrre una diarrea sierosa. Bisogna poi tener conto del risentimento che la bile può dare sul pancreas come eccitante della sua secrezione e della ripercussione dei disturbi epatici sul-

lo stomaco. È anche importante la preesistenza di una colite in quanto che un intestino già malato reagisce più vivamente alle cause precedenti. Infine oltre al risentimento epatico su un intestino precedentemente leso, per reciprocità le tossine intestinali aggravano le lesioni epatiche.

Clinica: il quadro è assai variabile. Gli AA. distinguono quattro gruppi con vari sottogruppi: 1) diarree epatiche a lungo decorso; 2) diarree episodiche di corta durata; 3) diarrea postprandiale; 4) diarree da coliti apparentemente autonome ma con punto d'appoggio epatico.

Il primo gruppo comprende delle diarree sierose indolori, dovute a ipertensione portale, di cui possono essere il sintoma predominante all'inizio. Poi delle diarree liquide, scolorate e fetide che si possono osservare tanto nella cirrosi, come nell'epatite degenerativa, come nella congestione epatica cronica. Spesso sono legate a ipocloridria o anche ad achillia. Altre volte la diarrea è pastosa, scolorata e fetida, talora per associazione di insufficienza pancreatico-biliare.

Il secondo gruppo non presenta sottodivisioni importanti, solo che talora si tratta di diarree episodiche pure, e tal'altra di diarrea che si alterna con la stipsi.

Il terzo gruppo prandiale è ben noto.

Nel quarto gruppo delle coliti gli AA. attribuiscono un differente ufficio al fegato a seconda che si tratti di colite mucosa o di colite muco-membranosa. Secondo essi, in ambedue l'etiologia è tossi-infettiva all'origine, ma poi la forma morbosa evolve verso la prima o la seconda forma a secondo dei fattori di insufficienza biliare (epatica esterna) che portano verso la forma muco-membranosa; mentre se esiste insufficienza delle glandole dello stomaco, tenue e colon o del fegato (insufficienza epatica interna) si avrà un orientamento verso la forma di colite mucosa semplice.

Diagnosi: nei casi più caratteristici la lesione epatica è evidente.

Vi sono altri casi in cui essa non si manifesta che ad intervalli di tempo, o pare secondaria, mentre i fenomeni intestinali dominano la scena. Talora il colon ed il fegato sembrano colpiti insieme ed allora è difficile propendere per l'uno o per l'altro. Come esami complementari può servire la radiologia, lo studio del chimismo gastrico, le prove di insufficienza epatica, e l'esame coprologico. Gli AA. riconoscono però che spesso solo la prova terapeutica ha facilitato la diagnosi.

Terapia: Nella colecistite si dovranno abbandonare i medicinali che provochino un flusso biliare troppo vivo, come l'olio di Harlem, la bile, il solfato di magnesia; e si preferirà i più deboli: l'evonimo, il boldo, il benzoato di sodio, il salicilato di sodio.

Nella congestione epatica e nelle cirrosi l'estratto epatico usato molto a lungo dà buoni effetti. Oggidì basandosi sull'opinione che la funzione antitossica è legata a quella glicogenica, si è usata la insulina. Nell'acolia si userà il solfato di soda e l'estratto di bile. Il regime è facile a stabilire, e la cura idrominerale può dare dei buoni risultati.

L. TONELLI.

Calcolosi dell'ampolla di Vater.

(E. STARR JUDD - J. M. MARSHALL. *J. A. M. A.*, n. 15, ottobre 1930).

Il dotto che attraversa la bile per sboccare nell'intestino presenta un diametro piuttosto uniforme; si restringe in corrispondenza del suo sbocco nel duodeno nell'ampolla di Vater; è quindi evidente che un calcolo può trovare un ostacolo in questo punto del coledoco. Mentre il diametro medio dell'apertura della papilla in questo punto è di circa 3,5 mm., la saccoccia che segue e che costituisce l'ampolla di Vater presenta un diametro di 1 cm.

Le ricerche presenti cercano di far luce sulla speciale sintomatologia che si accompagna alla calcolosi dell'ampolla di Vater. A tale scopo furono osservati 160 casi in cui vi erano calcoli solo nell'ampolla, oppure insieme a calcoli di altri tratti del dotto biliare.

La calcolosi ampollare si presenta con maggior frequenza in individui dopo la media età; la metà dei casi tra i 40 e 60 anni. Vi fu un solo caso d'un giovane di 15 anni, in cui ripetuti attacchi di tipica colica biliare associati a brividi di freddo, febbre, ma non ad itterizia, denunziarono tale affezione: l'operazione mise in evidenza un calcolo dell'ampolla e il coledoco dilatato.

Il rapporto tra maschi e femmine è di 1:2; in 72 (45 %) casi fu deciso l'intervento basandosi sul sintomo biliare; le operazioni nei casi gravi furono ripetute fino a 4 volte; fu applicato secondo la necessità la colecistostomia, la colecistectomia o la coledocostomia, o tutte e tre insieme. Nel 55 % dei casi non si ebbe alcun beneficio dall'intervento, ed i disturbi continuarono; nel 24 % dei casi vi fu un periodo di completo benessere dopo l'operazione che variò dai 3 mesi ai 30 anni; nel 21 % si ebbe solo qualche beneficio parziale, ma molti sintomi persistettero a lungo.

Sintomi e diagnosi. Nella diagnosi di calcolosi del coledoco un completo e preciso esame clinico generalmente offre tutti gli elementi per una esatta diagnosi, malgrado i recenti metodi di ricerca funzionale e l'aiuto del laboratorio.

Il più caratteristico segno del calcolo del coledoco è la natura intermittente dei sintomi. Osler li descrive così: parossismi di dolori colici, brividi e febbre con ittero, che si intercalano con periodi di relativa o completa assenza di sintomi.

È noto che un calcolo del coledoco può restar muto per mesi ed anni, senza produrre

sintomi apprezzabili. In tali casi il calcolo si colloca contro la parete del dotto o della papilla, producendo una irritazione della mucosa del dotto, con reazione infiammatoria ed edema; si ha come conseguenza la chiusura del dotto intorno al calcolo e l'aumento dell'ostruzione biliare.

Questa è la probabile spiegazione di molti attacchi di colica.

L'infezione, come abitualmente si ha nella bile ostruita, produce il sintomo della sepsi; e se l'ostruzione è più o meno completa, si ha la comparsa dell'ittero.

Il dolore è il sintomo più comune della calcolosi del coledoco; esso assume il carattere di colica; spesso però accanto a questo dolore a tipo colico vien denunziato un dolore ottuso, costante, nella parte superiore dell'addome.

Gli accessi di colica si accompagnano generalmente a disturbi gastrici: ripienezza, eruttazioni, nausea e vomiti.

L'ittero intermittente era presente nel 73 % dei casi; dura pochi giorni o poche settimane, ed è seguito da un periodo di completo benessere. La reazione di J. van d. Bergh è diretta positiva, ma varia se si ripete nel corso della degenza.

I sintomi di sepsi denunziati dai brividi di freddo e dalla febbre sono stati presenti nel 51 % dei casi.

Il sondaggio duodenale può informare se la bile passa o no nel duodeno; si ottenne nell'83 % dei casi; in generale se il sondaggio è ripetuto più volte, si può ottenere la bile dal duodeno.

I calcoli possono essere solitari o multipli; dell'ampolla od anche della cistifellea; all'operazione spesso la cistifellea è stata trovata contratta e fibrosa; spesso in basso una piccola zona di tessuto fibroso appariva come una piccola saccoccia protundente dal dotto biliare comune. In 12 casi vi era una fistola enterocolecistica; in 9 la fistola si apriva nel duodeno, in 2 nel colon, in uno nello stomaco.

La diagnosi di calcolosi dell'ampolla senza l'apertura del dotto è difficile, perchè ne è difficile la palpazione. É necessario quindi un intervento esplorativo quando vi è una storia di brividi, febbre ed ittero.

Per la tecnica operatoria bisogna fare una larga incisione, per mettere bene in evidenza la parte. Ogni tecnica è buona, purchè non arrechi danni alla struttura.

Poi si incide il dotto, che può essere dilatato. Talora il deflusso biliare porta fuori il calcolo, che non poteva essere altrimenti asportato; talora l'introduzione d'una speciale pinza permette di afferrare il calcolo ed asportarlo; spesso però tale pratica non riesce.

La tecnica operatoria va applicata caso per caso, secondo le indicazioni della lesione.

L. CARUSI.

Rapporti tra milza ed ittero.

(R. L. PAYNE. *The Journ. Am. Med. Assoc.*, v. 95, n. 11, 12 ottobre 1930).

Per stabilire tali rapporti, bisogna ricordare che i globuli rossi sono la principale sorgente dell'emoglobina, e questa dei pigmenti biliari. La milza può distruggere le emazie per un doppio processo, intra ed extra cellulare; e quindi la formazione dei pigmenti biliari nella milza può dipendere da una emolisi splenica, malgrado che il concetto d'una funzione emolitica della milza incontri difficoltà per ricerche sperimentali e per osservazioni cliniche.

In presenza di ittero e splenomegalia s'è pensato alla duplice formazione dei pigmenti biliari, *intra-* ed *extraepatica;* quest'ultima è stata attribuita al sistema reticolo-endoteliale, di cui la milza forse rappresenta la parte minore, mentre il midollo osseo ne rappresenta la maggiore espressione.

Mann ha dimostrato che la maggior quantità di bilirubina del sangue è formata dal midollo osseo; quindi bisogna anche considerare i rapporti tra milza e midollo osseo.

La osservazione della crasi sanguigna insegna che la splenectomia provoca una stimolazione del midollo osseo; questa modificazione quantitativa dei globuli rossi dopo la splenectomia non può essere interpretata come dipendente dall'esclusione della milza, secondo Lauda, perchè: 1° la distruzione dei globuli rossi nella milza non è stata ancora provata; 2° non è confermato che il sangue efferente nella vena splenica contenga meno gl. r. di quello afferente alla milza dalle arterie spleniche.

Barcroft pensa che la stimolazione del midollo osseo dopo la splenectomia dipenda dalla riduzione dell'emoglobina totale dell'organismo, così come avviene nelle anemie acute da perdita di sangue, che stimolano il midollo osseo. Egli ritiene che la milza sia un largo deposito di emoglobina, che si svuota per la contrazione; tale deposito viene sottratto con la splenectomia. Se si accettano le conclusioni di Barcroft, si spiega l'origine di una quantità anormale di pigmenti biliari nella splenomegalia, e quindi *si può teoricamente ammettere un rapporto tra milza ed ittero.*

I rapporti che esistono tra la milza ed il midollo osseo sono giustificati dalla resistenza globulare (in casi di milza patologica) che è diminuita, mentre appare invariabilmente aumentata dopo la splenectomia.

Sempre secondo il concetto di Barcroft l'ittero splenico può essere interpretato anche in tal modo: l'iniziale processo consiste in una emolisi dei gl. r. con messa in libertà di Hbl, di stroma e di pigmento ferrico, dai tedeschi indicato come Schlaken. Lo smaltimento di tali scorie è fatto dalla milza; in casi di esagerata funzione o ipertrofia vi può essere un'alterazione della funzione cellulare e di filtra-

zione, per cui i pigmenti possono sfuggire nella circolazione generale, e depositarsi come ittero. Questa funzione passiva della milza si può modificare in attiva in casi patologici, con ipertrofia.

Formazione della bilirubina nella milza. Molte ricerche fisio - patologiche giustificano l'opinione che nella milza vi sia produzione di bilirubina.

La bilirubina è un derivato dell'emoglobina e dello stroma dei gl. r., in seguito alla loro frammentazione e decomposizione per un processo emolitico da lisi che spesso viene completato nella circolazione periferica; nella milza avviene in seguito la distruzione dell'emoglobina.

McLeod e Pearce affermano che il sangue della vena splenica contiene più bilirubina che quello arterioso, ed inoltre il sangue venoso del midollo contiene più bilirubina di quello arterioso.

La tinta itterica dell'ittero emolitico non è un vero ittero, ma dipende da deposito di emosiderina nei tessuti; non si esclude però che sia dovuto anche a bilirubina depositata nei tessuti per eccessiva quantità nel sangue circolante; l'iperbilirubinemia dell'ittero emolitico e dell'anemia perniciosa è interamente di origine splenica, per l'ipofunzione epatica a smaltire questi eccessi di bilirubina.

Si deve concludere che l'ittero emolitico è una malattia dell'intero sistema emopoietico, e la sorgente dell'ittero risiede non solo nella milza, ma anche nel fegato e nel midollo osseo.

Quindi l'intero sistema emopoietico può essere considerato come un fattore importante nel valutare i rapporti tra la milza e l'ittero. Inoltre bisogna ricordare che spesso vi è associata un'*epatite*, la quale favorisce l'alterata condizione di smaltimento dei pigmenti biliari, e quindi la produzione dell'ittero.

L. CARUSI.

CENNI BIBLIOGRAFICI [1]

E. SCIAKY. *Terapia chirurgica del pratico.* (Pratica Ospedaliera decennale). Stabilimento Tipo-Litografico I. G. A. P. Milano.

L'A., che è stato per vari anni direttore dell'Ospedale di Hirsch a Salonicco, presenta in questo volume i suoi casi di chirurgia, ma non in un semplice elenco, bensì in una esposizione minuta con discussioni cliniche e dimostrazioni dei concetti di tecnica che lo hanno guidato nella cura. È quindi un libro di notevole interesse il quale accoppia a una raccolta di quadri clinici interessanti lo svolgimento di concetti moderni nella diagnosi e nella terapia delle affezioni chirurgiche.

I casi raccolti sono notevoli anche per numero e per l'importanza degli interventi a cui furono sottoposti.

Questo volume si legge con piacere e con profitto da medici e chirurgi.

V. GHIRON.

ANSCHÜTZ, SPECHT, TIEMANN. *Die Avertinnarkose in der Chirurgie.* Vol. di pag. 200. Edit. J. Springer. Berlino, 1930. R.M. 16,50.

In questo volumetto è stato raccolto tutto ciò che è stato scritto sull'avertina fino al 1930. Degli anestetici moderni è certamente quello più discusso come lo dimostra la quantità di lavori pubblicati sull'argomento in tre anni. Dapprima accolta entusiasticamente, poi abbandonata, oggi l'avertina ritorna nella pratica di molti chirurgi non più come anestetico generale ma come anestetico basale. Comunque venga giudicato dai vari chirurgi, l'avertina rappresenta ancora da sola un nuovo tipo di anestesia, quella per via rettale che ha dimostrato una serie di vantaggi dell'impiego di questa via, non ultimo la possibilità di eliminare qualunque choc psichico.

La pratica ha messo in evidenza una serie di condizioni che devono essere osservate nell'uso dell'avertina e per tale ragione hanno fatto bene gli AA. a voler tener conto ampiamente di tutte le critiche e di tutte le osservazioni fatte pro e contro l'impiego della sostanza, il suo dosaggio, le sue indicazioni, i limiti di tolleranza, ecc.

Anche sotto il punto di vista della ricerca sperimentale la rivista sintetica è completa e diventa indispensabile per chi, nell'adottare il nuovo anestetico, non vuole ricadere in errori commessi da altri. P. VALDONI.

E. HESSE. *Die Chirurgie des vegetativen Nervensystems.* Vol. di pag. 475 con 133 figure e 14 tavole. Edizione di Stato. Mosca-Leningrado, 1930.

L'A. professore di chirurgia a Leningrado, pubblica in tedesco questo libro sulla chirur-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

gia del sistema nervoso vegetativo di cui si è occupato intensamente da anni portando numerosi contributi personali.

La chirurgia del simpatico è prevalentemente una chirurgia funzionale, e molti interventi possono esser considerati come veri esperimenti di fisiologia applicati all'uomo.

L'interruzione di vie nervose con le modificazioni che porta, pone nuovi problemi; altri, di cui la soluzione pareva definitiva, vengono ripresi. Per tale ragione, il lavoro dell'A., basato su una estesa esperienza, rappresenta un contributo notevole.

La tecnica operatoria è descritta minutamente e illustrata da numerose figure in gran parte a colori.

Per le richieste rivolgersi: Corporation Générale de l'Ussr « Meidounarodnya Kniga » 53, a persp. de Volodarisky - Leningrado.

P. VALDONI.

L. ASCHOFF. *Der Appendicitische Anfall.* Vol. di pag. 125 con 36 figure. Edit. J. Springer, Berlino, 1930.

Il nuovo libro dell'illustre patologo di Friburgo è dedicato allo studio dell'attacco appendicitico nella sua etiologia e patogenesi. Non è una rivista di lavori di altri Autori ma una esposizione delle ricerche personali e dei concetti patogenetici propri in modo da essere una pubblicazione del tutto originale.

Ricerche batterioscopiche, batteriologiche e anatomopatologiche misurate su 1000 appendici asportate chirurgicamente portano un contributo importantissimo, cui nei limiti della recensione bibliografica non è possibile accennare.

Raccomandiamo vivamente la lettura della monografia che rappresenta un punto d'arrivo importante nello studio di una delle malattie più frequenti.

P. VALDONI.

ROGER PETIT. *Les colibacilluries.* Edit. Amédée Legrand. Paris, 1929.

In un volume in-8° di 132 pagine l'A., dopo aver fatto un cenno storico sulla colibacilluria, ne tratta la etiologia, la sintomatologia, gli esami di laboratorio. Illustra le diverse forme cliniche di colibacilluria (cronica, latente, batteriurica, ematurica, febbrile, infantile, chirurgica, gravidica), ne descrive la evoluzione legata anche alla prognosi, mettendo in evidenza l'importanza della esplorazione strumentale e di quella radiologica. Indi illustra il trattamento delle colibacillurie.

Termina l'accurata trattazione con una elencazione di 45 osservazioni che si riferiscono alle varie forme cliniche innanzi elencate.

V. JURA.

G. DANIEL. *Immunochirurgie.* Vol. in-8° di pagg. 320. Ed. Norbert Maloine. Paris, 1931.

L'A. innanzi tutto si occupa della sieroterapia e della vaccinoterapia in genere e con riferimento alle varie infezioni generali e locali dell'organismo umano, insistendo sui concetti, che debbono guidare in tale terapia; mette in luce la importanza dello studio della intradermo- e cutireazione nelle diverse malattie ai fini della diagnosi e della identificazione di germi, causa della malattia.

Indi nella seconda parte tratta della immuniterapia nelle varie affezioni chirurgiche, illustrandone le indicazioni, la tecnica ed i risultati con applicazioni dei vari metodi immunizzanti. Illustra così anche le indicazioni immuniterapiche dopo traumatismi, prima dell'atto operatorio, dopo l'intervento come nel corso di affezioni chirurgiche infettive, acute e croniche.

V. JURA.

Ricerche eseguite nell'anno 1929-1930 nell'Istituto di Patologia Generale di Napoli diretto dal prof. V. SCAFFIDI.

Il prof. Scaffidi ha raccolto in volume le ricerche pubblicate da lui e dai suoi allievi nel corso dell'anno 1929-1930. Sono 37 lavori, quasi tutti sperimentali, su vari argomenti e pubblicati quasi tutti nella « Rivista di Patologia sperimentale ».

Dello Scaffidi ricordiamo le ricerche sulla emolisi specifica, sull'antagonismo chimico, sul metabolismo per variazioni della temperatura locale dei tessuti, ecc.

Il libro fa fede della mole del lavoro fatto nell'Istituto di Patologia Generale di Napoli.

P. VALDONI.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Reale Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 23 gennaio 1931 - IX.

Presidente: Prof. BALP.

Grave paraplegia spastica per esostosi endorachidiana.

Prof. U. CAMERA. — In una ragazza di 11 anni la presenza di numerose esostosi disseminate nei vari segmenti dello scheletro hanno subito fatto pensare alla possibilità che i disturbi nervosi fossero dovuti a compressione del midollo spinale da parte di una esostosi a sviluppo endorachidiano.

La radiografia e la mielografia hanno confermato l'ipotesi diagnostica, dimostrando la presenza di un'esostosi invadente lo speco vertebrale, a base di impianto sulla quinta vertebra dorsale.

Asportazione dell'esostosi mediante laminectomia delle IV, V, VI vertebra dorsale; miglioramento rapido e progressivo della paraplegia, tanto da permettere alla bambina, che prima non poteva muovere che stentatamente qualche passo, se sorretta, di frequentare la scuola senza essere accompagnata.

Arteriografia e flebografia. (Ricerche sperimentali e cliniche).

Prof. CAPORALE L. e dott. FOÀ A. — Gli OO. dopo aver passato in rivista critica i metodi consigliati nell'arteriografia e flebografia, riferiscono i risul-

tati ottenuti sugli animali e sull'uomo usando l'umbra e l'uroselectan come mezzi di contrasto.

Le due sostanze radioopache sono innocue all'organismo in esame; i risultati radiologici dell'arteriografia negli animali, specie sull'encefalo sono molto limitati. La flebografia con l'uroselectan nell'uomo è di facile applicazione e dà risultati di notevole importanza e specie nello studio delle vene degli arti inferiori si può ottenere l'immagine di tutto l'albero venoso di un arto; rendere evidente l'esistenza di varici superficiali o profonde e stabilire quindi un'indicazione terapeutica; avere in qualche caso la dimostrazione dell'insufficienza valvolare. Si può inoltre sperare che a mezzo di radiogrammi eseguiti a distanza di tempo, si possano seguire gli effetti della terapia sclerotizzante, con relativa formazione del circolo collaterale.

Contributo allo studio del distacco epifisario sup. del femore da trauma ostetrico.

Dott. FUSARI A. — Riferisce un caso in cui il distacco era avvenuto durante l'estrazione podalica di un feto in presentazione di spalla.

Radiograficamente vi era, integrità della diafisi femorale, esteriorizzazione e risalimento della sua estremità prossimale e più tardi si notò comparsa di abbondanti proliferazioni periostali.

VILLATA.

Accademia Medica Pistoiese "Filippo Pacini„

Seduta del 27 febbraio 1931.

Presidente: Prof. CANTIERI.

Sulla riduzione delle fratture del gomito.

Dott. ROMAGNOLI. — Riferendosi a suoi precedenti studi sulla riduzione delle fratture sotto schermo, riporta 9 casi di fratture del gomito capitati alla sua osservazione nel decorso anno, e che egli ha trattato senza apparecchio immobilizzante, riducendo la frattura in tempi diversi e successivi sotto lo schermo radiologico, con una continua sorveglianza radiologica dell'arto, tenuto con una fasciatura ad 8 ad un'angolatura conveniente, convenientemente mobilizzando l'articolazione, onde evitare l'anchilosi. L'O., oltre a numerose radiografie, mostra diversi infermi guariti ed in via di guarigione.

Pleurite mediastinica asintomatica quale causa di febbri criptotubercolari.

Dott. GAVAZZI. — Dopo avere esposto il concetto di pleurite mediastinica, e particolarmente della forma primitiva tubercolare, l'O. richiama l'attenzione su quei casi, che senza palesarsi semeiologicamente, danno luogo ora ad una forma clinica a tipo di malattia acuta infettiva, tanto che addimandano quasi sempre le sieroagglutinazioni, ora ad uno stato febbricolare con astenia, deperimento, anemia.

Espone la storia di tre casi clinici di cui mostra le relative radiografie: in uno di questi la pleurite mediastinica ebbe evoluzione clinica separata dopo una pleurite essudativa della grande cavità pleurica destra, e precedè di un mese una nuova localizzazione del processo polisierositico nella cavità pleurica sinistra.

Contributo allo studio delle zone di timpanismo nell'idropneumotorace.

Dott. NELLI. — Dopo avere esposto la storia dell'argomento e ricordato le varie ipotesi formulate dai vari autori, espone il risultato dei suoi studi su 16 casi capitati alla sua osservazione. Ritiene che non sia possibile formulare una sola spiegazione per tutti; basandosi anche su controlli radiologici egli crede che in certi casi la zona di timpanismo che si viene a formare in seno all'ottusità dopo la pneumotoracentesi sia dovuta ad aria rimasta trattenuta da aderenze o da maglie di fibrina, che altre volte sia dovuta al parenchima polmonare rimasto aderente in quel punto, che in altri casi il fenomeno possa generarsi per trasmissione, attraverso il liquido, delle vibrazioni provocate dalla percussione toracica alla bolla d'aria soprastante al liquido.

L'O. emette un'ipotesi personale: che in certi casi il suono timpanico possa essere dato dalle vibrazioni trasmesse attraverso il liquido e il parenchima polmonare nell'aria contenuta entro i medi e grossi bronchi.

S.

Società Medico-Chirurgica Bergamasca.

Seduta del 7 febbraio 1931-IX.

Presidenza: Prof. F. D'ALESSANDRO.

Febbre estiva non identificata.

Dott. PIZZINI. — L'O. riferisce sopra una forma infettiva osservata in comunità durante la stagione estiva, caratterizzata da febbre a tipo subcontinuo: dal sangue di tre ammalati fu isolato uno stafilococco che servì a preparare l'auto-vaccino, che iniettato ebbe effetto curativo immediato. L'O. pensa che il pappataci possa essere l'agente di trasmissione perchè gli ammalati abitavano in ambienti che ne erano infestati; ulteriori indagini verranno espletate in merito.

Su di alcuni casi di coste soprannumerarie cervicali.

Dott. L. GAVAZZENI. — L'O. presenta i radiogrammi riferentisi ad alcuni casi di coste spurie ed ipertrofie dei processi trasversi della regione cervicale, indugiandosi a trattare dei disturbi inerenti alla esistenza di tali anomalie ed alla terapia utile chirurgica e radiologica.

Rara immagine colecistografica; controllo operatorio.

Dott. M. CAMPLANI. — L'O. presenta i radiogrammi riferentisi ad una colecistografia di difficile interpretazione. L'immagine colecistica presentava difatti una costante incisura verso il suo polo inferiore, sì che la cistifellea appariva come divisa in due parti. Attraverso una disamina diagnostica, l'O. esprimeva l'opinione trattarsi di immagine dovuta a fatti, di pericolecistite. L'intervento operatorio ha dimostrato trattarsi invece di una briglia interparietale e della cavità della colecisti, dalla cui presenza essa ne risultava sepimentata.

Il Segretario: Dott. M. CAMPLANI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA

Osservazioni sullo sviluppo intraepiteliale del cancro.

Secondo Robert Muir (*The British Medic. Journ.*, 11 ott. 1930), il cancro è generalmente ritenuto un'infiltrazione degli spazi del tessuto e dei linfatici da parte di cellule epiteliali che hanno acquistato il carattere di neoplasma maligno. La modificazione neoplastica avviene per prima nell'epitelio. Il più delle volte il cancro si sviluppa nel tessuto connettivo, ma ci sono dei casi in cui il suo sviluppo avviene nell'epitelio. Se questo avviene sulla pelle tre sono le condizioni che possono verificarsi: l'epidermide normale è raggiunta dalle cellule cancerigne per diffusione diretta da un tumore sottostante oppure per diffusione attraverso il dotto di una ghiandola che va alla superficie oppure il tumore può avere inizio nell'epidermide stessa e poi continuare a svilupparsi in essa. In tutti e tre i casi c'è di comune la difficoltà dello sviluppo del cancro per cui soltanto nella parte più profonda dell'epidermide è possibile l'ulteriore sviluppo del tumore. Le cellule cancerigne sono condotte alla superficie nel comune sviluppo normale dell'epidermide. Lo sviluppo di cellule cancerigne nell'epidermide provoca reazione cutanea (neoformazione di capillari, infiltrazione di leucociti e presenza di eosinofili). R. Lusena.

L'essenza della malattia cancerosa.

Le ipotesi sinora avanzate non spiegano, secondo il Roosen, *Mediz. Welt*, 17 genn. 1931, le vere ragioni per cui le cellule cancerigne esplicano sui tessuti circostanti la loro azione dannosa. Queste ragioni, che costituiscono in ultima analisi il nucleo essenziale del problema del cancro, non possono essere che ragioni fisico-chimiche di natura puramente meccanica: in questo caso rappresentate da una pressione delle cellule cancerose sulle cellule dei tessuti circostanti abbastanza forte da vincere la contropressione dei tessuti stessi.

Questo aumento di pressione delle cellule cancerose si spiega con il rigonfiamento dei colloidi protoplasmatici dovuto all'aumentato contenuto acquoso delle cellule stesse. E ciò è sostenuto da molte ricerche di vari autori e da numerosi altri fattori che sarebbe qui troppo lungo ricordare.

Ma se l'aumento di pressione cellulare è la più importante, non è l'unica conseguenza del rigonfiamento del colloide protoplasmatico: bisogna aggiungervi anche la facilitata mitosi cellulare, l'aumento di superficie delle cellule, l'aumento di viscosità del protoplasma con le derivantine proprietà fisico-chimiche delle cellule cancerose. Si può quindi ben dire, secondo l'A. che l'essenza della malattia cancerosa consista in una differenza di pressione fra le cellule cancerigne e le cellule dei tessuti circostanti. Questa soluzione del problema del cancro ha importanza grande perchè aprirebbe la via alla terapia causale.

Basterebbe infatti diminuire la tensione cellulare per abbassare la malignità del tumore e ciò si può ottenere con l'iniezione di un sale neutro non velenoso che agisca sul colloide protoplasmatico diminuendone il rigonfiamento, e abbassando quindi la tensione cellulare. L'uso in questo senso dell'Isaminblau avrebbe dato qualche buon risultato, lasciando sperare che questa via potrà essere seguita con successo. G. La Cava.

SEMEIOTICA.

Radiografia durante operazione per calcolo renale.

Ci sono dei casi ritenuti come recidive di calcolosi renale in cui cioè si hanno altri calcoli dopo averne rimosso chirurgicamente uno o più. Alcune volte si tratta veramente di recidive, ma altre volte si tratta di calcoli già esistenti all'epoca del primo intervento e non tolti perchè sfuggiti all'esame. Willan (*The British Medic. Journ.*, 4 ott. 1930) ha voluto radiografare un rene calcoloso estrinsecato chirurgicamente per accertare non solo se esistevano calcoli non veduti colla radiografia fatta prima dell'operazione, ma anche per accertare la sede precisa del calcolo e quindi traumatizzare di meno il rene nell'estirpazione del calcolo. Il rene estrinsecato si appoggia sulla pellicola radiografica rivestita di un panno sterile. Egli lo ha fatto in quattro casi di cui riferisce ampiamente e riporta immagini radiografiche del rene fatte prima e dopo l'asportazione del calcolo.

Egli ritiene che il metodo possa entrare nella pratica perchè la tecnica è facile e i risultati sono incoraggianti. Difatti in un caso, in cui un calcolo renale era sospettato clinicamente e non rilevabile sulla lastra radiografica fatta colla tecnica comune, questo calcolo fu visibile nella radiografia del rene estrinsecato (si trattava di un calcolo di acido urico); in un altro caso una radiografia del rene estrinsecato dopo l'estirpazione dei calcoli precedentemente accertati radiologicamente ha dimostrato un altro calcolo che fu estirpato durante lo stesso intervento.

R. Lusena.

Pielografia retrograda con uroselectan.

W. Weber (*Zentr. f. Chir.*, 28 luglio 1930), che presta servizio nel reparto urologico del prof. Joseph di Berlino, ha usato l'uroselectan in 50 pielografie retrograde e ha notato come

questo preparato presenti il vantaggio su gli altri, di non produrre mai quegli inconvenienti noti come: dolore, febbre, vomito, disturbi transitori nell'uropoiesi e nella minzione, mentre l'immagine è nitida come con le migliori preparazioni. Egli ha adoperato una soluzione al 40 % e ne consiglia vivamente l'uso. V. Ghiron.

Esperienze su d'un nuovo metodo di somministrazione personale della tetraiodofenolftaleina.

P. Abbati (*Riv. di Rad. Med.*, vol. I, 1929) ha esperimentato per la colecistografia la somministrazione della tetraiodofenolftaleina per via orale in sospensione colloidale citrica laudanata.

La sospensione è così preparata dall'A.: scioglie gr. 4 di tetraiodo in 10 cmc. di acqua potabile tiepida, aggiunge un succo di limone o di due aranci, un po' di zucchero e 300 cc. di acqua di seltz.

Dalle osservazioni dell'A., controllate con la via endovenosa, risulterebbe che la somministrazione per via orale può, in modo costante e completamente attendibile, sostituire per la colecistografia quella per via endovenosa, presentando il grande vantaggio di eliminare ogni ragione di preoccupazione per il medico e per il paziente, col pregio di riuscire di gradevolissima assunzione e di non provocare disturbo alcuno. C. Bucci.

CASISTICA.

Meningite parotitica primitiva.

Tale affezione su cui è stata richiamata l'attenzione di recente da alcuni AA., è piuttosto rara.

G. Esquier e L. Protteaux (*Bull. Soc. méd. d. hôp.*, 27 ott. 1930) riferiscono il caso d'un soldato di 21 anni, senza precedenti morbosi, il quale improvvisamente avvertì intensa cefalea a tipo frontale e vomiti spontanei. Ricoverato in ospedale gli furono riscontrati i segni d'una meningite: intensa rigidità nucale, segno di Kernig, riflessi tendinei aboliti, cremasterici ed addominali presenti e vivaci, Babinski presente. Vi era inoltre temperatura a 39°6, polso ampio, lento a 68. Quindi si trattava d'una meningite con uno stato infettivo marcato, la cui natura sfuggiva, essendo state negative tutte le ricerche di laboratorio.

La puntura lombare dette esito a liquido chiaro, a pressione aumentata. L'esame di tale l.c.r. mostrò una enorme linfocitosi, lieve iperalbuminosi (0,30); globuline presenti, assenza di bacilli, r. Wassermann e r. al benzoino colloidale negative.

Dopo quattro giorni dall'inizio della malattia, e due dal ricovero in ospedale, l'etiologia della meningite cominciò a chiarirsi, perchè comparve alla regione parotidea sinistra una tumefazione che aumentò, e si accompagnò a tutto il corteo sintomatologico di una parotite. Tale infezione trovava conferma anche in una epidemia di orecchioni che era presente nella guarnigione da dove proveniva il militare.

Nei giorni successivi la parotite seguì il suo corso, la meningite si attenuò, fino a scomparire del tutto; il paz. fu dimesso guarito.

Da questi dati risulta che la meningite parotitica primitiva pur essendo rara, trova conferma in casi clinici, da cui si rilevano le seguenti particolarità: difficoltà di diagnosi etiologica nei primi momenti; tuttavia è importante il criterio epidemiologico; insorgenza brusca con sintomatologia tipica di meningite e stato infettivo intenso; comparsa dopo qualche giorno della parotite; guarigione senza postumi.

Va ricordata inoltre la dissociazione albuminocitologica del l.c.r. con enorme linfocitosi e scarsa albuminosi. L. Carusi.

Encefalite acuta nell'età infantile.

Ne descrive due casi Holzmann (*Deut. Med. Woch.*, 23 genn. 1931). Il primo decorse col quadro di una meningite, mentre nel secondo predominavano le ipercinesie. Dall'esame del liquor risultò, come carattere patologico fondamentale, un aumento fortissimo delle sostanze riducenti. Tale reperto permise di formulare diagnosi di encefalite acuta. L'altezza della iperglicorrachia non fu poi in rapporto all'andamento della malattia, poichè mentre nel caso con tasso più forte si ebbe guarigione, quello con tasso più debole fu seguìto da morte. M. Faberi.

Compressione del midollo spinale con dissociazione della sensibilità a carattere siringomielico.

La compressione midollare è stata talmente studiata che tutto farebbe credere la diagnosi in questo campo fosse sempre facile, invece si riscontrano ancora oggi dei quadri che escono dalla descrizione classica e che meritano di essere ricordati. Perciò L. Puusepp (*Presse Méd.* n. 105, 31 dic. 1930) riferisce due casi di compressione estramidollare che potevano clinicamente ricordare quadri siringomielici e che solo il metodo di Sicard chiarì.

Nel primo caso precedette un trauma sul rachide a cui seguì gradualmente: dolori, debolezza, crampi agli arti inferiori e ipoestesia. Si stabilì poi paresi flaccida agli arti superiori, e rigidità spiccata, aumento dei riflessi agli arti inferiori, con Babinski e clono del piede. Esisteva grave diminuzione della sensibilità dolorifica e termica tra il nesso toracico e il 4° lombare; mentre la sensibilità tattile non era che leggermente diminuita. La dissociazione della sensibilità tendeva a fare ammettere

una localizzazione del processo nella profondità del midollo spinale a livello del rigonfiamento cervicale. Una mielopuntura a livello un po' superiore alla 7ª cervicale, allo scopo di scoprire una cavità prodotta dal trauma nel midollo dette esito negativo. Essa non dette che 4 cmc. di liquido giallastro al disotto della dura madre nel quale erano: pigmento ematico, piccola quantità di linfociti e 1,0 per mille di albumina. Ciò parlava per una meningite localizzata. Il lipiodol discendente si arrestò a livello della 6ª C. con dei caratteri simili a quelli che sogliono produrre i tumori. All'atto operativo che portò a guarigione si trovò una aracnoidite localizzata che dava la compressione: si trattava di un processo extramidollare che aveva causato dei sintomi simili a quelli che si osservano nei processi intramidollari.

Ciò poteva spiegarsi col fatto che le vie sensitive non erano ugualmente compresse perchè quelle della periferia provavano una compressione più considerevole delle vie centrali. Inoltre la dissociazione della sensibilità e i disturbi insignificanti, la sensibilità al tatto possono essere spiegate con il fatto che la compressione nelle vie posteriori era minore di quella sulle laterali.

Anche nel secondo caso esisteva un quadro siringomielico e di più la mielopuntura estrasse del liquido che pareva confermare questa diagnosi indicando l'esistenza di una cavità nell'interno del midollo.

Il lipiodol discendente si arrestò a forma di berretto frigio parlando nettamente per un tumore che si rintracciò all'atto operativo e che asportato portò la guarigione. Tuttavia dapprima si era pensato alla siringomielia; questa diagnosi parve confermata dalla puntura del midollo che dimostrò segni di una cavità. Invece l'A. pensa che al disotto della compressione del midollo vi fosse un accumulo di liquido che causava dilatazione del canale midollare. I sintomi siringomielici possono appunto essere spiegati con la dilatazione del canale midollare causata dall'accumulo del liquido. L. Tonelli.

Cisti dermoide del midollo spinale.

S. Fraser (*Surg., Gyn a. Obst.*, agosto 1930) riporta un caso proprio di questa rara affezione del midollo spinale. Infatti nella letteratura dal 1883 al 1928 non ha trovato che 12 casi compreso il proprio. Sono localizzati per lo più nella metà inferiore: ultime dorsali, lombari, sacrali, cauda equina; possono essere extradurali, sottodurali, sottopiali. Sono generalmente uniche, possono aversene due o più. Sono dovuti a malformazioni, inclusioni verificatesi sullo sviluppo del midollo spinale. Sono costituite da epiteli di rivestimenti, da cellule neuro-epiteliali, con accenno a formazioni ependimali.

Il contenuto è molle, poltaceo. In un caso di Veribily v'erano due cisti comunicanti: una era costituita da cellule epidermoidali, una a contenuto ependimale.

Sono tumori dei giovani per lo più, a lento accrescimento, con i disturbi noti della compressione spinale. Essendo però mediani e per lo più a forma allungata ovoidale pare non diano la sindrome di Brown-Séquard.

Il paziente dell'A. era un giovane di 21 anni, in cui i disturbi si erano manifestati in occasione di una malattia febbrile (influenza). L'intervento riuscì felicemente, essendo generalmente agevole l'enucleare il tumore. Quello dell'A. era di cm. 4.5 per 1. V. Ghiron.

TERAPIA.

Trattamento della pielonefrite.

C. P. Mathé (*Journal of Urology* e *Journal Amer. Med. Assoc.*, 27 sett. 1930) osserva che il trattamento moderno della pielonefrite cronica consiste nello sradicare i focolai possibili d'infezione, nell'eliminare la stasi nel tratto urinario superiore come inferiore, nel drenaggio sistematico e lavature alternate con nitrato d'argento e sostanze coloranti e nell'uso dell'immunizzazione locale mediante iniezione di filtrati batterici direttamente nella pelvi.

Sfortunatamente, in molti casi il ritardo nell'iniziare il trattamento fa sì che i danni siano irreparabili.

Dei 347 casi studiati durante alcuni anni, 45 non ebbero nessun miglioramento. In 30 di questi, si aveva stasi nel tratto superiore od inferiore, che costituiva indubbiamente un fattore di minore resistenza del rene, rendendolo più suscettibile alle infezioni.

In 115, si ebbe soltanto leggero miglioramento, riguardante soltanto i sintomi, mentre l'urina rimase infetta.

A causa della progressiva distruzione del rene, si procedette alla nefrectomia in 15 casi, per le seguenti ragioni: pionefrosi (8 casi), pielonefrite avanzata con formazione ricorrente di calcoli (3 casi), pielonefrite con emorragie persistenti (2 casi), pielonefrite con atrofia da obliterazione dell'uretere (2 casi).

fil.

Resezione del nervo presacrale in un caso di disturbi vescicali da lesione nervosa.

La minzione è un atto riflesso complesso nel quale intervengono la vescica e i muscoli sfinteri interno ed esterno. L'apparato nervoso attraverso il quale il riflesso si compie è rappresentato dai nervi pelvici (sistema autono-

mo), dai nervi ipogastrici (sistema simpatico) e dai centri situati nella parte sacrale del midollo spinale. La branca perineale profonda del nervo pudendo, che deriva dal 3° e 4° segmento sacrale, innerva lo sfintere esterno e dà fibre sensitive alla mucosa dell'uretra posteriore. Learmont e Braasch (*Surgery, Gynec. and Obstetr.*, ott. 1930) partendo da questi concetti, fecero la resezione del nervo presacrale in un caso di disturbi vescicali da lesioni nervose. In questo caso si aveva anestesia della pelle ed anestesia della vescica (lesione delle radici posteriori dalla 2ª alla 5ª sacrale), paresi dello sfintere esterno dell'ano e perdita del potere espulsivo della vescica, rilasciamento dello sfintere interno della vescica, però con completo controllo del muscolo compressore dell'uretra (il che dice che le connessioni intraspinali delle radici anteriori del 3° e 4° nervo sacrale erano integre), assenza della funzione dello sfintere vescicale interno. Il paziente aveva continenza dell'urina che eliminava solo per rigurgito conservando un rilevante residuo vescicale. Il successo dell'intervento si può spiegare coll'ipotesi che i nervi ipogastrici conducano alla vescica impulsi inibitori. Gli AA. non sono sicuri naturalmente che i risultati siano duraturi, ma pubblicano il caso perchè sperano che altri, trovandosi nel loro stesso caso, ripetano l'operazione. Le condizioni essenziali per l'intervento sono le seguenti: riduzione della funzione dei nervi pelvici con integrità dei nervi ipogastrici. Però non ci deve essere paralisi totale dei nervi pelvici e il paziente deve essere continente per azione del compressore dell'uretra. Inoltre la funzionalità renale deve essere soddisfacente.

R. LUSENA.

Le correnti di alta frequenza nella cura della tubercolosi vescicale dopo nefrectomia.

Esistono dei casi di cistiti tubercolari in nefrectomizzati, i quali sono ribelli alle solite cure di istillazioni vescicali medicamentose, e possono durare molto tempo influendo sfavorevolmente sulle condizioni generali dei pazienti. In questi casi, già da molto tempo, da Heitz-Boyer, Marion, Papin ed altri, è stata usata con notevole vantaggio la corrente ad alta frequenza sotto forma di *etincelage*, ed è per confermare i buoni risultati ottenuti da questi che Costesco porta alcuni casi inediti, felicemente trattati.

Tale trattamento è indicato specialmente in lesioni tubercolari nette, poco estese, ma anche in presenza di ulcerazioni, vegetazioni, ecc.

Si ha un rapido miglioramento dei fatti funzionali, nei casi favorevoli.

È bene non usare tale cura, nei casi di tubercolosi vescicale con infezione secondaria, nè sulle lesioni del moncone ureterale residuo.

V. LOZZI.

La d'Arsonvalizzazione diatermica nella colica nefritica.

Sono noti gli effetti rimarchevoli della d'Arsonvalizzazione diatermica nelle diverse algie.

G. Boisson (*Paris Médical*, 24 gennaio 1931) ha utilizzato questa azione contro le sofferenze che accompagnano la colica nefritica, nella speranza di poter evitare l'uso della morfina e degli altri calmanti. Egli ha applicato su se stesso la diatermia in due crisi acute di colica nefritica, ottenendo tutte e due le volte risultati ottimi: rapida scomparsa del dolore, emissione dopo poche ore del calcolo. La diatermia abbrevia considerevolmente la durata della crisi nefritica, favorendo l'eliminazione del calcolo; inoltre le sofferenze sono rese meno intollerabili. Questa azione analgesizzante della diatermia è preferibile a quella che si ottiene con le punture di morfina o di altri medicamenti. Inoltre la d'Arsonvalizzazione diatermica, a forte intensità, provoca una enorme traspirazione che rappresenta un aiuto per la deficiente funzione disintossicante del rene.

C. TOSCANO.

La diuresi diatermica.

L'azione della diatermia sulla funzione renale ha avuto scarsa applicazione, pur essendo di attualità.

L. Gedda e G. Chiesa (*Arch. Scienze Med.*, n. 33, nov. 1930) hanno ricercato gli effetti della diatermia sul rene sano, usando elettrodi a piastra di piombo, applicati il primo anteriormente di lato alla linea xifo-pubica subito sotto l'arco costale, il secondo posteriormente di lato al rachide, nella superficie di proiezione del rene.

L'applicazione diatermica sul rene sano produce un aumento della diuresi, in gran parte dovuta ad un'azione da stimolo fisico sul tessuto renale.

L'azione diatermica sul rene è stata anche applicata insieme alla prova della diluizione, e in serie per alcuni giorni successivi.

La diatermia sul rene durante la prova della diluizione rafforza la diuresi, con una maggiore eliminazione nelle prime ore; si ha quindi una prova che sotto l'azione della diatermia è nettamente eccedente. Tale condizione si deve intendere come uno stato di irritazione glomerulare.

L'azione della diatermia protratta per alcuni giorni ha messo in evidenza una urina con tre principali caratteristiche: a tipo concentrante, a tipo diluente, a tipo misto, in rapporto alle sostanze eliminate.

L'azione della diatermia sul rene è prevalentemente locale, diretta, a tipo vagotonico; essa si esplica tanto sul glomerulo quanto sul tubulo, con aumento assoluto dei soluti eliminati; questa ultima azione si rende manifesta nelle applicazioni diatermiche in serie, per diversi giorni successivi.

L. CARUSI.

Il pericolo delle cure alcaline negli urinari.

Ch. David (*Soc. de méd. de Paris*, 12 dic. 1930) insiste sugli inconvenienti che presentano le cure degli individui con affezioni urinarie non del tutto asettiche, in stazioni di acque alcaline. Sotto l'influenza dell'alcalinizzazione delle urine, i microorganismi si sviluppano in abbondanza ed esaltano la loro virulenza, dando talvolta delle complicazioni più o meno gravi (cistite, prostatite, orchite).

Per prevenire tali complicazioni, è necessario verificare, durante la cura, l'acidità urinaria e prescrivere, se necessari, degli antisettici urinari ed una medicazione acidificante.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Farinata all'olio nell'alimentazione infantile. — Al dott. G., abbon. n. 8836-2:

È più opportuno far arrosolire la farina nell'olio, *a fuoco lento* e agitando, in modo da evitare che l'olio arrivi propriamente a friggere. Lo scopo è quello di allontanare dal grasso gli acidi grassi volatili che possono essere irritanti sulla mucosa gastrica del lattante, e si ottiene con il procedimento suindicato.

L. S.

Riflessoterapia. — Abb. N. 3561:

Consulti: A. LEPRINCE. *Traité de Réflexothérapie.* Editore Maloine, Parigi.

In quanto al conto che si può fare della riflessoterapia, è a rilevare che si tratta di una pratica empirica molto in uso nei popoli orientali.

Bonnier (vagoriflessoterapia) e Abrams (spondiloriflessoterapia) ed altri medici hanno tentato di darle veste e dignità scientifica, ma per ora si può affermare che essa si è prestata solo a brillanti quanto sporadici sfruttamenti ciarlataneschi. DR.

VARIA.

L'anima delle prostitute.

Ancora ora, in un'epoca così indulgente, si sente dire dagli uomini e dalle donne, specialmente da queste: « Per essere prostituta, cioè la donna di tutti, quella che un tempo si chiamava cortigiana o la figlia del piacere, bisogna non avere nè anima nè coscienza ».

È ciò vero? si domanda A. Rodiet (*Journ. de Méd. de Paris*, n. 46, nov. 1930).

Generalmente queste donne sono trasportate dalla sensualità, dall'istinto che si esprime con l'appello al desiderio, al bisogno di esteriorizzarsi, senza badare ad altre considerazioni, alla famiglia, alla situazione.

Nelle prostitute, come in ogni individuo, assume una gran parte l'eredità, e si può osservare che esse spesso sono figlie di alcoolisti o di tubercolotici, e che tale eredità le predispone agli abusi sessuali nella stessa maniera che all'abuso dei tossici: cocaina, morfina, alcool. Questa constatazione risale a Plutarco, il quale riconosceva nei discendenti degli alcoolizzati una predisposizione alla deboscia e all'alcoolismo.

Altri fattori che influiscono sulla diffusione della prostituzione sono costituiti dall'educazione e dalle condizioni dell'esistenza e della vita sociale.

Il mestiere della prostituta, tuttavia, non è per molte di esse una sinecura. Molte di esse si piazzano in un caffè, in attesa del cliente ricco che per un'ora od una notte cerca l'illusione dell'amore, e fanno il loro mestiere con la stessa regolarità come una sartina si reca al suo laboratorio. Vi sono anche case di piacere, in cui « il lavoro » è meglio pagato, ma in cui la donna è sfruttata più ancora che il cliente. Queste costituiscono la risorsa delle pseudo-artiste e di numerose donne maritate.

Oltre tale prostituzione libera, e di quella *sorvegliata*, esistono le cortigiane di alta classe, quelle che sono celebri, quelle che in ogni tempo hanno ispirato i romanzieri, i pittori, i poeti.

Spesso la loro intelligenza, più che la loro beltà, ha dominato la loro epoca. Così a Roma Lesbia ispira a Catullo le più belle poesie; in Grecia Laide è rinomata per la sua beltà, la sua avidità e la sua arte nel piacere; ad Atene Taide seduce colla sua beltà e la sua intelligenza Alessandro e Ptolomeo; Frine, la suonatrice di flauto, domina lo scultore Prassitele, il quale non si ricorda del trionfo che essa riporta mostrandosi nuda al Tribunale; tutti questi esempi, di alta o di bassa classe, farebbero supporre che la cortigiana è sempre interessata, e che si dona per il denaro, incapace d'amare.

Eppure molte circostanze fanno pensare che anch'esse abbiano un'anima: quando hanno un figlio, una madre vecchia, si sacrificano per esse; quando non hanno famiglia, provano il bisogno di trovarsi un'amica, a cui confidarsi, a cui affezionarsi, o piuttosto si attaccano ad un giovane, che non paga il loro possesso, e di cui esse fanno il loro protettore ed il loro consigliere.

Ciò facendo esse soddisfano all'istinto, che anche in queste *cadute* crea l'illusione d'amore, buttando in tali momenti quella cinica maschera che non le ispira a mormorare mai al cliente: « Io t'amo! ».

L. CARUSI.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI.

La sanità, l'assistenza e la beneficenza pubblica alla Camera.

Abbiamo riportato in larga parte, nello scorso fascicolo, la discussione svoltasi alla Camera dei deputati sulla sanità pubblica nonchè sui servizi assistenziali e di beneficenza.

Diamo ora la esauriente risposta del sottosegretario di Stato on. ARPINATI, per quanto si riferisce a questi argomenti:

Se le quattro direzioni generali del Ministero degli Interni fossero state oggetto di una trattazione così ampia e così dettagliata come quella che si è riferita alla Sanità, io direi, e non certo per convenienza, che il Bilancio degli Interni, che è pur sempre quello che riassume in sè le molteplici attività della vita, ha avuto quell'esauriente discussione, che è sempre nel desiderio del Governo Fascista. Più volte dallo stesso Capo del Governo è stato affermato in questa Camera come la discussione ed anche la critica, miranti ad evitare errori e ad illuminare la via, siano sempre considerate come la più gradita e la più efficace delle collaborazioni.

Per questa ragione ringrazio in modo particolare i camerati che hanno portato un contributo di così alta competenza nello studio dei probllemi sanitari.

L'unificazione dei servizi sanitari.

Mi propongo di seguire i vari oratori secondo l'ordine degli argomenti trattati. Quasi tutti i camerati che hanno parlato della sanità si sono trovati concordi su alcune questioni: prima, fra tutte, l'unificazione dei servizi ad essa relativi.

Che cosa s'intende per tale unificazione? Si vuole che la Direzione generale della Sanità si assuma ogni compito e che nulla possa farsi se non attraverso i suoi organi ed i suoi funzionari? Oppure si vuole che dalla Direzione generale della Sanità siano emanate disposizioni alle quali debbano rigorosamente attenersi tutti indistintamente gli Enti pubblici, come i privati, che intendano portare il loro contributo di esperienza e di opere all'igiene e alla salute della razza?

Nel primo caso dichiaro subito che non vedo come si potrebbe attuare un simile disegno senza grave ed evidente pregiudizio dei fini che si vogliono conseguire. Nel secondo caso, il Governo fascista ha già provveduto da tempo, mediante l'articolo primo del Regio Deceto Legge 30 dicembre 1923, n. 2889, recante modificazioni ed aggiunte al Testo unico della legge sanitaria.

Probabilmente mi si sarà voluto far presente che, nonostante quel decreto, ogni Ente cerca di svincolarsi più che può dall'amministrazione centrale. È vero, ed è anche vero che ciò non è lodevole, per quanto sia nella natura degli uomini e delle cose. Ma è altrettanto vero che a tale tendenza si oppone, con vigilante tenacia e col tatto che è indispensabile, la Direzione Generale della sanità, giustamente gelosissima delle sue prerogative. Credo, peraltro, che non sia nè opportuno nè conveniente eccedere nell'applicazione letterale e formale dei regolamenti. Quello che maggiormente interessa al Ministero degli Interni è che si faccia più e meglio che si può: che la benefica propaganda e le opere per la Sanità pubblica non abbiano soste o interruzioni, che una male intesa rigidezza burocratica non distolga, in qualche modo, i volonterosi e non estingua le fonti del bene.

La mortalità in diminuzione.

I risultati conseguiti in questo campo sono la migliore dimostrazione dell'esistenza e dell'efficienza di tale unificazione: il quoziente della mortalità infatti, che nel 1922, saliva al 17,7 per mille, nel 1930, anno non certo favorevole per il disagio economico, discendeva al 13,7 per mille.

Tale quoziente non è soltanto il più basso avutosi fin qui in Italia, ma è pure uno dei più bassi accertati in tutto il mondo.

Miglioramenti sensibili si sono avuti nei confronti delle malattie endemiche e di quelle a carattere sociale.

Le malattie sociali.

L'opera del Ministero degli Interni, con la costituzione dei Comitati provinciali antimalarici, ha dato organicità alla lotta intrapresa, che si esplica col massimo fervore.

Sono state impartite precise istruzioni per la intensificazione dei servizi nei comprensori di bonifica integrale, ove attualmente affluiscono forti masse di lavoratori di altre località. Quest'ultima circostanza, ha ridato vigore alla vecchia questione se la malaria debba essere considerata come un infortunio sul lavoro, arduo problema che ha sempre dato luogo a pareri opposti, ma che può riuscire fatale all'avvenire della bonifica.

Ciò che maggiormente oggi deve interessare è la prevenzione e la cura del malarico fino a guarigione completa, non il suo pensionamento, che non risolverebbe il grave e complesso problema sanitario e, forse, lo aggraverebbe. A questo fine è rivolta l'attenzione del ministro degli interni che ha nominato per lo scopo una speciale Commissione tecnica.

Al camerata Paolucci dichiaro che la provincializzazione dei servizi di isolamento e di disinfezione nelle febbri tifoidi ed una più attenta sorveglianza, anche nei più remoti centri rurali, gioveranno indubbiamente a conseguire quei fini, che sono da tutti invocati. Tale è la direttiva che si sta cercando di attuare, giusta lo schema di legge sui tributi locali.

Un campo nel quale, come tutti del resto riconoscono, il Regime si prodiga con nobile slancio è quello della lotta antitubercolare.

I consorzi provinciali antitubercolari vanno ogni giorno estendendo la loro attività; dal canto suo la Cassa Nazionale per le Assicurazioni sociali, in perfetto accordo coi Consorzi e con la Direzione generale di sanità, ha continuato la sua opera che è fra le più nobili fra quante onorano l'umanità.

La mortalità per tubercolosi polmonare segna così una curva in costante discesa.

In quest'azione di difesa e di prevenzione vanno ricordati in modo particolare l'Opera per la maternità e l'infanzia per le vigili cure prestate ai

fanciulli predisposti alla tubercolosi e i medici condotti, che sono gli oscuri ed eroici fanti di questa tremenda battaglia, che non concede soste o riposi.

Assicuro il camerata Chiurco che il numero dei centri per la diagnosi precoce dei tumori maligni è di 23. Sono in formazione altri 9 centri, e la tendenza è quella di organizzarne uno per ogni provincia. Non sarà possibile fare altrettanto per la cura col radio, per la opportunità di concentrare la limitata quantità di cui per ora si dispone in pochi centri. In Italia ne esistono infatti solo 8 grammi, di cui 4 sono proprietà di privati.

Ospedali e Ambulatori sono stati istituiti e saranno aumentati per le cure del tracoma, malattia fortunatamente limitata a poche provincie e che dà segni di sensibile diminuzione, e sono pure stati istituiti ricoveri per la lebbra, limitata a pochi casi di immigrati d'oltremare.

I risultati della politica demografica.

A questo punto spero che non vi spiacerà se tralasciamo l'elencazione di cose poco liete per richiamare la vostra attenzione sui risultati ultimi di questa lotta incessante contro le molteplici minaccie alla sanità pubblica. Sta di fatto che i decessi per malattie infettive gravano per appena un ottavo sulla mortalità generale, con un beneficio che può valutarsi del 63 per cento in confronto al 1889, data di prima applicazione della presente legislazione sanitaria italiana. Inoltre, l'Italia conserva il privilegio di una elevata natalità, pari, nel 1930, al 26 per ogni mille abitanti. Se questa cifra rimane al di sotto dei massimi toccati nell'ultimo decennio del secolo decorso, che si aggirava intorno al 30 per mille, essa rappresenta pur tuttavia un aumento considerevole rispetto al 1929. I due fatti — diminuzione della mortalità, aumento della natalità — assicurano, durante il 1930, un aumento della popolazione italiana di circa mezzo milione.

La politica demografica, iniziata dal Duce, nonostante le negazioni dello scetticismo ed i pregiudizi di una falsa scienza, ha già ottenuto dei risultati, che nessuno osava prevedere in un così limitato margine di tempo. Ed altri e ben maggiori ne otterrà perseverando in una politica organica, nella quale tutt'i mezzi sono rivolti ad un unico fine; perseverando, cioè, in una politica che ha restaurato il concetto morale della vita, facendo *tabula rasa* delle dottrine esiziali che anteponevano l'egoismo dei singoli ai doveri verso la famiglia e verso lo Stato. Non tarderanno anche i più restii a persuadersi che il numero è potenza.

Le benemerenze dell'Opera Maternità e Infanzia.

Anche in questo campo si è resa particolarmente benemerita l'Opera Nazionale Maternità e Infanzia, che ha erogato oltre 17 milioni per l'assistenza alla maternità bisognosa, più di 67 per l'assistenza all'infanzia e circa 11 per la propaganda d'igiene materna e infantile, attuata principalmente per mezzo delle cattedre ambulanti di puericoltura.

Troppo lungo sarebbe un elenco dettagliato delle cifre che costituiscono questo Bilancio della solidarietà nazionale. Ricorderò soltanto che le assistenze, durante il 1930, furono 1.140.000 e che 172.741 furono le madri beneficate. Di queste, 150.000 legittime, 22.741 illegittime.

L'Opera Nazionale Maternità e Infanzia, consapevole della sua funzione, non domanda, amico Morelli, i documenti alla madre o al figlio che hanno bisogno delle sue cure. E, permettimi di dirti che io non ti so vedere, uomo di cuore oltre che di scienza quale tu sei, nella esosa veste del fariseo che condiziona la carità alla regolarità formale delle carte.

Una istituzione, che si propone i fini dell'Opera Nazionale, deve intervenire là dove più acuto si manifesta il bisogno ed è quindi naturale che essa sia invocata con particolare urgenza dalle madri abbandonate.

Ma davvero c'è chi pensa che questa protezione possa indurre le ragazze su la via del male? Io non lo credo. Credo, invece, che il tenere in vita una creatura, che, abbandonata agli stenti e all'imprevisto, avrebbe potuto andare distrutta, possa essere un mezzo potentissimo per riunire i genitori e costituire, sia pure tardi, un focolare che diversamente non si sarebbe mai formato.

L'assistenza alle madri illegittime.

Questa assistenza alle 22.741 madri illegittime valse a procurare ad oltre 22 mila bambini il riconoscimento materno. Valse, inoltre, in moltissimi casi, ad assicurare al bambino una famiglia legittima. L'Opera, infatti, associò sempre alla assistenza materiale quella morale e sostenne le prime spese per l'impianto della nuova casa e per le prime necessità della famiglia, tutte le volte in cui il padre naturale aderì a legittimare la sua unione con la madre del bambino. Così, nel 1929, furono celebrati, in seguito all'assistenza prestata dall'opera alle madri illegittime, 500 matrimoni, con la conseguente legittimazione dei figli naturali, e, pur mancando ancora dati precisi per il decorso anno, si calcola in una cifra di gran lunga superiore a quella del 1929 il numero dei matrimoni celebrati nel 1930.

Questi dati mi sembrano tali da dissipare ogni inquietudine. Ma, al di sopra di tutto, esiste una considerazione di ordine politico e civile per la quale noi dobbiamo vedere nella creatura di oggi, non la colpa dei genitori, ma il cittadino di domani.

Le specialità medicinali.

Assicura i camerati che si sono interessati del problema delle specialità medicinali, che quanto prima verranno emanate disposizioni che, pur tenendo conto delle esigenze della fiorente industria chimico-farmaceutica nazionale, varranno a conciliare gli interessi della produzione e del commercio con quelli dei consumatori e della pubblica sanità.

Ricordando come il bilancio rechi una riduzione di spese di circa 5 milioni, osserva che essa è notevole se messa in rapporto col carattere dei servizi ai quali si riferisce.

Un elogio ai funzionari.

Basti pensare alle aumentate funzioni e responsabilità delle Prefetture, all'aumentata intensità dei servizi di polizia, di sanità e di assistenza.

A questo proposito rivolge un vivo encomio ai funzionari ed agli impiegati dell'amministrazione degli Interni, che non solo hanno accolto la riduzione degli stipendi con pronta e consapevole disciplina, ma si sono anche sobbarcati, con lo zelo che è loro proprio, alla maggior somma di

lavoro derivante dalla diminuzione numerica del personale.

La pubblica beneficenza.

In complesso, il patrimonio destinato all'assistenza e beneficenza si è arricchito, nel 1930, di ben 150 milioni di lire.

Gli istituti preferiti dai benèfici oblatori sono stati, in prima linea, gli ospedali e, immediatamente dopo, i ricoverati per orfani e per vecchi. Si sono particolarmente distinte, in questa nobile gara le provincie di Milano, Torino, Genova, Varese e Bologna, che hanno dato oltre 50 milioni.

L'ingente somma dimostra, ancora una volta, la fiducia del pubblico nelle amministrazioni fasciste, e la saggezza di quella ferma, inderogabile direttiva del regime, che vuole rispettata, fino allo scrupolo, la volontà dei testatori. È vero che vi sono provincie le quali hanno esuberanza di ospedali ed altre che non ne hanno affatto; ma il Governo Fascista ha già rivolto la sua attenzione a queste provincie.

Certo però sarebbe estremamente pericoloso prendere disposizioni per le quali somme lasciate per una specifica forma di beneficenza in un determinato paese possano essere destinate, sia pure allo stesso scopo, in altro luogo.

Provvedimenti di questa natura avrebbero indubbiamente il risultato di inaridire le fonti della pubblica beneficenza.

Non si tratta di difficoltà di ordine legale, che potrebbero essere anche superabili, ma di opportunità pratiche, oltre che di ragioni morali.

Per quanto possa sembrare superato, l'amore « del natio loco » tende a prevalere tutte le volte che si tratta di dare libero corso ai sentimenti della carità e della solidarietà sociale.

D'altra parte, bisognerà pure tener presente che, se è vero che la scienza va oggi verso i grandi istituti ospedalieri, è altrettanto vero che le rette dei grandi ospedali sono, a tutt'oggi, assai più elevate di quelle dei piccoli. Negli ospedali di Roma, ad esempio, la retta è di L. 28,40, a Genova di 26, a Milano di 25,50, a Bologna di 23, a Bari di 14, a Varese di 15, a Benevento di 8, a Gioia del Colle di 7, a Faenza di 5,25, a Trevi di 5, a Bevagna di 5. Come vedete, non è facile muoversi in questa materia. Ad ogni modo, assicuro i camerati che il Governo è pienamente consapevole delle esigenze della scienza e dei bisogni delle popolazioni e che non tralascierà mezzo per soddisfare nel modo migliore alle une ed agli altri.

L'on. Arpinati si ococupa anche di alcuni problemi d'igiene sociale, come la tutela della morale e il riposo festivo.

Un fatto personale.

Chiede di parlare, per fatto personale, l'on. EUGENIO MORELLI, il quale ha tanta ammirazione per l'intelletto e il cuore del sottosegretario che non può consentire che egli rimanga sotto una impressione inesatta delle dichiarazioni da lui fatte in merito all'Opera nazionale maternità e infanzia.

Ricorda pertanto di avere asserito essere ottima cosa la tutela degli illegittimi, perchè nessuna colpa essi hanno. Aggiunge però che, specialmente oggi, anche i bimbi legittimi devono essere attentamente tutelati.

Ciò anche perchè potrebbe accadere che, se non proteggiamo ugualmente tutti, diminuirebbe la natalità.

Ad ogni modo sia benedetto Colui che protegge i bimbi, tutti i bimbi, che cresceranno col nome santo d'Italia sulle labbra.

* * *

Quindi, senza discussione, si approvano i capitoli del Bilancio e gli articoli del disegno di legge.

Problemi sanitari e demografici nella discussione del bilancio dell'agricoltura.

Discutendosi alla Camera dei Deputati il bilancio del Ministero dell'Agricoltura e delle Foreste, alcuni oratori hanno parlato anche della *malaria.*

L'on. DI BELSITO ha detto che la Sicilia su 26 mila chilometri quadrati di superficie, per circa un terzo è infestata dalla malaria. Questa si deve a cause che con lieve spesa, nella massima parte dei casi, si potrebbero rimuovere; quindi sarebbe opportuno, invece di limitarsi a curare le febbri, risalire alla causa ed eliminarla. I 6 milioni che i proprietari pagano ogni anno per tassa chinino, aggiunti a quelli che lo Stato devolve per la campagna antimalarica, si potrebbero trasformare in rate di contributo ai lavori di trasformazione fondiaria, che potrebbero così elevarsi a qualche centinaio di milioni, sufficienti per provvedere in buona parte al risanamento.

L'on. GIARDINA ha notato che, nonostante i miglioramenti fin qui raggiunti, la malaria rappresenta, purtroppo ancora, un peso assai grave per la salute e l'economia sociale di tanta parte d'Italia. E la lotta antimalarica meriterebbe di essere riveduta.

L'esperienza dimostra che, attraverso il lungo periodo di elaborazione della bonifica, e della stabile colonizzazione, la malaria continua il suo corso e minaccia fortemente la salute dei lavoratori e dei colonizzatori.

La bonifica per colmata artificiale, sempre di estensione molto limitata, è la sola che possa assicurare una rapida trasformazione igienica; così è accaduto a Mondello, in territorio di Palermo. Ma le bonifiche per colmata naturale — come quelle del Grossetano e del Ravennate — e le bonifiche per idrovora — che vanno estendendosi nel Veneto, nell'Emilia e altrove — lasciano immutata o quasi la condizione malarigena.

L'aggravano anzi durante i lavori di bonificazione e di sistemazione agraria per il maggiore richiamo di mano d'opera non indigena, e per condizioni inerenti all'ambiente idro-tellurico.

L'igienista domanda non di combattere da solo, ma di collaborare con l'idraulico e l'agrario nella sicura convinzione che solo l'alleanza delle diverse attività può dare il rendimento proficuo desiderato. Dichiara che soltanto la bonifica integrale è in grado di arrivare, attraverso la cultura intensiva, alla redenzione delle terre malariche. Ma addita pure il dovere sociale di tutelare efficacemente le attività lavoratrici, per raggiungere più presto e meglio il desiderato obbiettivo finale senza lasciare ricordi penosi di miseria e di dolore.

Perciò è necessaria la collaborazione dell'igienista nell'esplicazione del programma benefico disposto dalla legge del Duce. Collaborazione che non può essere confinata nei servizi diretti di profilassi e di cura, ma che è necessaria nello studio delle condizioni malarigene locali e dell'ambiente sociale, nella elaborazione e nella revisione dei progetti tecnici, nella vigilanza sui lavori di bonifica, nel collaudo delle opere ed anche nella definizione dei patti di lavoro ed ancora più in là, durante la trasformazione agraria, fino al risanamento definitivo dell'ambiente fisico e sociale, in cui si svolge la vita dei lavoratori.

Nei Comitati provinciali costituiti dal Ministero dell'Agricoltura, l'igienista non è chiamato nemmeno a titolo di esperto consultore. Eppure la mansione dell'igienista è importante. Nè può temersi che l'assistenza dell'igienista importi una spesa perchè c'è, in ogni provincia, il medico provinciale, il quale, per suo istituto, deve conoscere bene le condizioni malarigene locali e i diversi fattori di malsania per avvisare ai provvedimenti più adeguati.

Ed intanto il Ministero degli Interni ha costituito pure dei Comitati provinciali, in cui sono rappresentati i tecnici, idraulici ed agrari insieme con i medici provinciali e con i rappresentanti della Associazione dei consorzi per coordinare le diverse attività verso la più efficace lotta antimalarica. Due Comitati nella stessa provincia, evidentemente, sono troppi, considerato specialmente che le loro mansioni in molta parte dovrebbero coincidere.

I loro compiti risultano dissociati. C'è, è vero, al centro il Consiglio superiore dei lavori pubblici ad una Commissione di igienisti. Ma questi Enti non hanno la visione diretta dei diversi ambienti malarici locali.

Circa la questione della malaria-infortunio, esprime il parere che le relative controversie debbano essere demandate ad una magistratura del lavoro.

Conclude ricordando l'opera dei pionieri della bonifica.

L'on. FORTI si è occupato dello *spopolamento* delle Alpi e degli Appennini, in rapporto col disboschimento e con la diminuzione dei pascoli, nonchè con la deficienza dei mezzi di comunicazione; occorre provvedere.

Cronaca del movimento professionale.

Il saluto del commissario on. Morelli ai medici del Sindacato Fascista.

L'on. prof. Eugenio Morelli, commissario del Sindacato nazionale fascista dei medici, nell'assumere l'importante ufficio ha diramato la seguente circolare:

« Ai colleghi medici,

Assumo la carica di commissario del Sindacato nazionale fascista dei medici per ordine delle superiori gerarchie.

Conosco la difficoltà del compito e la responsabilità a cui vado incontro. Figlio di medico condotto, ho raggiunto l'insegnamento universitario lungamente, tenacemente lottando. Ho perciò la conoscenza dei bisogni, dei diritti, dei doveri di tutta la classe medica: dagli umili ai sommi.

Penso agli umili, quasi con religione; temprato il corpo alla fatica ed affinato l'animo alle altrui sofferenze, essi, per alleviare il dolore umano, la professione hanno elevato ad apostolato.

Essi, più che tutti, debbono benedire al Regime Fascista che, collegandoli legalmente, li ha messi in condizione di poter esprimere con dignità i loro bisogni, levandoli dalla piccola bega socialista che avviliva il medico, cambiando in mestiere l'alta missione. In Regime Fascista, quando il Duce pone il miglioramento della razza a base della sua politica, la professione del medico deve essere sempre più tutelata e migliorata. Sarebbe vano l'aumento della popolazione se i corpi non fossero mantenuti sani; sarebbe vano attendere nelle masse salute morale, quando mancasse la salute fisica.

Altissima sento la funzione degli insegnanti che devono dare non solo l'istruzione, ma anche debbono costruire l'animo dei giovani medici.

La parte morale non è meno importante della scientifica, e si raggiunge solo con l'esempio.

Darò la mia energia per difendere gli interessi di tutta la classe medica, ma intendo che non esistano impuri che offendono la moltitudine di buoni.

Non concepisco diritti, se prima non sono espletati tutti i doveri; e i doveri sono tanto maggiori, quanto più alta è la posizione del professionista.

I medici attraversano momenti duri, perchè risentono forse più di tutti l'odierno stato economico. E perciò la Nazione richiede da essi la massima altezza morale. A contatto continuo coi dolenti, nel momento in cui il bisogno è maggiore e l'animo è più sensibile, essi, beneficando, molto possono per risvegliare o mantenere i sentimenti di gratitudine verso chi sa ben guidare la Nazione.

In questi momenti molto dobbiamo dare e poco chiedere; dobbiamo sentire la bellezza del sacrificio economico come dedizione alla Patria. Il medico deve risentirsi soldato della trincea; deve aumentare la sua bontà quanto più aumenta il bisogno altrui.

E i gerarchi dei sindacati dovranno dare il massimo esempio.

L'italiano sopporta il sacrificio, non sopporta la ingiustizia o il sopruso.

Non ammetterò mai che le cariche sindacali possano servire per ottenere dei posti redditizi; esse debbono servire per distribuire giustizia e non per ottenere favori.

Non concepisco protezioni: ogni posto deve essere conquistato per merito e non per amicizie.

Pronto a riparare ogni ingiustizia, preferisco la tutela di interessi superiori generali al pettegolezzo dei singoli.

Sarò grato a tutti quanti mi metteranno nelle condizioni di aiutare chi merita e di colpire chi demerita.

Desidero sempre la più ampia discussione, ma pretendo che chi più ha discusso, sia anche il più pronto alla obbedienza a decisione avvenuta.

Se mi sentirò impari al posto che mi fu assegnato, pregherò le superiori gerarchie di sostituirmi.

Mando il mio cordiale saluto a tutti voi, medici italiani, e per voi e con voi inizio il mio lavoro.

EUGENIO MORELLI ».

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AQUILA DEGLI ABRUZZI. — Scad. 13 apr.; due condotte; L. 10.000 e 4 quinquenni dec.; ritenuta 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.10.

BRINDISI. — Al 20 mag.; rivolgersi segret. Com.

CATANZARO. *R. Prefettura.* — Ufficiali sanitari per un Consorzio (con sede in S. Vito Ionio) e per 9 comuni; scad. ore 18 del 30 apr.; stipendi da L. 4000 a L. 9500 e 5 quadrienni dec. e per il Consorzio indenn. L. 3000; età lim. 45 a.; doc. a 3 mesi dal 14 feb.

DINAMI (*Catanzaro*). — Scad. 31 mar.; 2ª cond.; L. 8000 riducibili come per legge; età lim. 35 a.; tassa L. 50

MAGIONE (*Perugia*). — Scad. 28 apr.; 3° reparto; L. 8000 oltre L. 1800 serv. att., 5 sessenni dec., c.-v.; limitazioni e riduzioni di legge; L. 500-2000-4000 trasp.; tassa L. 50,15.

MILANO. — Il Pio Istituto di S. Corona, via Cesare Correnti 13, informa che la chiusura del concorso al posto di Medico-Direttore degli Istituti elioterapico-chirurgico-ortopedico e profilattici di Pietraligure (Savona) è prorogata al 5 apr.

MONTESPERTOLI (*Firenze*). — Scad. 2 apr.; 3ª cond.; L. 8500 e 8 trienni dec.; p. cavalc. L. 2000; età lim 35 a.

PIACENZA. — Scad. 23 mag.; medico aggiunto; L. 12.000; 5 trienni e 1 quinquennio dec.; indenn. temporanea d'integraz.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

PRIVERNO (*Roma*). — Scad. 10 mag.; zona Roccasecca dei Volsci; L. 10.500 ridotte 12 %, oltre L. 500 pei poveri residenti oltre 500 m. dal centro abitato; 5 quinquenni dec.

S. VITO AL TAGLIAMENTO (*Udine*). — 2ª cond.: scad. 31 mar.; L. 8000 e 6 quadrienni dec., addizionale L. 1 oltre i 1500 poveri, L. 500 serv. att., c.-v., L. 3000 trasp.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.

SEPINO (*Campobasso*). — Scad. 5 mag.; L. 5016 e 3 quinquenni dec.; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10.

TRAONA (*Sondrio*). — Consorzio medico Traona-Mello-Cercino. Per titoli. Abitanti 3900. Obbligo di residenza in Traona. Scadenza ore 18 del 15 aprile. (V. prec. N. 10).

VERONA. *Municipio.* — Due condotte; a tutto 15 apr.; stip. L. 8000 e L. 9000; quadrienni; serv. att. L. 1400 e L. 1700; c.-v.; per trasp. L. 3000; riduz. 12 %; doc. a 3 mesi dal 27 feb.; 3 anni di assistentato o condotta; serv. entro 15 gg. Chiedere ann.

CONCORSI A PREMI.

Premio Marchiafava.

Con la rendita di L. 82 mila, raccolta da colleghi, ammiratori e discepoli per onorare il prof. Ettore Marchiafava, è stato istituito presso la R. Università di Roma un premio biennale intitolato: « Fondazione Ettore Marchiafava ».

È bandito ora il concorso al premio stesso, che sarà conferito al miglior lavoro di Anatomia patologica o di Patologia sperimentale pubblicato a stampa da medici italiani nei cinque anni precedenti il termine assegnato alla presentazione delle domande di ammissione al concorso, fissato al 10 maggio 1931. Sono ammessi al concorso anche i lavori fatti in collaborazione e potrà essere premiato soltanto quel lavoro, che comprenda una ricerca originale o un gruppo di ricerche metodiche sopra un determinato argomento.

Chiedere annunzio al Rettorato.

Istituto Lombardo di Scienze e Lettere.

Sono messi a concorso i seguenti premi:

Fondazione De Angeli sul tema: Invenzioni, studi e disposizioni aventi per iscopo la sicurezza e l'igiene degli operai nelle industrie. Premio L. 5000. Scadenza 31 dicembre 1932.

Fondazione Cagnola sui temi: 1) Una scoperta ben provata nella cura della pellagra. Premio Lire 2500 e medaglia d'oro di L. 500. Scadenza 31 dicembre 1931; 2) Una scoperta ben provata sulla natura dei miasmi e contagi. Premio L. 2500 e medaglia d'oro di L. 500. Scadenza 31 dicembre 1931; 3) La tubercolosi del Pancreas (ricerche sperimentali). Premio L. 2500 e medaglia d'oro di L. 500. Scadenza 31 dicembre 1932.

Fondazione Fossati sui temi: 1) Le alterazioni del sistema nervoso centrale da avitaminosi. Premio L. 3000. Scadenza 31 marzo 1931; 2) Ricerche originali d'indole anatomica, fisiologica e fisiopatologica intorno al sistema extrapiramidale. Premio L. 3000. Scadenza 31 dicembre 1932; 3) Illustrare con ricerche originali un argomento di anatomia macro- o microscopica normale o patologica del sistema nervoso. Premio L. 3000. Scadenza 31 marzo 1933.

Fondazione Sesso Comneno sul tema: Uno studio di sterilizzazione dei portatori di bacilli del tifo. Premio L. 864. Scadenza 31 dicembre 1934.

Fondazione Devoto, per l'autore di un lavoro pubblicato dopo il 1° gennaio 1930 che porti un contributo risolutivo su di un punto della patologia del lavoro. Premio L. 10.000. Scadenza 31 dicembre 1931.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il sen. Aldo Castellani è nominato professore stabile di Clinica delle malattie tropicali e subtropicali presso la R. Università di Roma.

Il prof. Castellani è uno dei più reputati microbiologi e tropicalisti. Il suo nome è legato alla scoperta dei tripanosomi nel liquido cefalo-rachidiano dei soggetti colpiti da malattia del sonno, della *Spirochaeta pertenuis* nella framboesia tropica e della broncospirochetosi, alla prova dell'assorbimento delle agglutinine, agli studi sul compito eziologico dei miceti ecc. Con Chalmers egli ha redatto un trattato di patologia tropicale molto apprezzato.

Ha insegnato a Ceylon, a Londra ed a New Orleans. Attualmente risiede a Londra.

La Facoltà medica di Bologna, con voto unanime, ha chiamato da Sassari il prof. Quirino Di Marzio della Scuola di Roma, ad occupare la Cattedra di Clinica Oculistica di quella R. Università. Esprimiamo all'amico e nostro valoroso collaboratore, il più cordiale compiacimento.

La Facoltà medica della R. Università di Siena ha chiamato, da Cagliari, il prof. Gianni Petragnani alla cattedra d'igiene, già illustrata dal prof. Achille Sclavo.

Si è chiuso il concorso a sette posti di aiuto chirurgo negli Ospedali Riuniti di Roma. La Commissione, composta dei proff. Perez, De Fabi, Antonucci, Puccinelli e Scalfati, ha dichiarato vincitore nell'ordine di graduatoria i seguenti dottori: 1) Giovanni Barbèra; 2) Vittorio Coen; 3) Enrico Gripponi; 4) Sante Ciancarelli; 5) Nicola Franceschelli; 6) Ugo Cavallaro; 7) Gaetano Scoppetta.

Il prof. Raffaele Calvanico, coadiuvatore ordinario nel reparto di Maternità degli Ospedali Uniti di Napoli, è nominato, in esito a concorso, direttore del reparto di Ostetricia e Ginecologia con annessa Maternità dell'Ospedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia, risultando primo tra 18 concorrenti. Congratulazioni.

In esito al concorso per direttore del Dispensario antitubercolare di Termini Imerese dipendente dal Consorzio antitubercolare della prov. di Palermo è stata formata la seguente graduatoria: 1) Di Salvo Alberto; 2) Fuca Giuseppe; 3) Cappellino Gaetano; 4 e 5) *ex aequo* Realmuto Salvatore e Lo Buono Michele. La Commissione era composta dei proff. L. Manfredi, V. Fici e dal dott. E. Calamida.

I proff. Emanuele Freund di Trieste, Curzio Monacelli e Vincenzo Montesano di Roma, sono nominati membri corrispondenti della Società dermatologica di Vienna. Rallegramenti.

Il prof. Ersilio Ferroni, di clinica ostetrico-ginecologica a Firenze, è nominato commendatore nell'Ordine della Corona d'Italia.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Genova.

Il prof. Vittorio Ascoli commemorato alla Clinica Medica.

Il 3 marzo 1931, alle ore 9, nella grande aula dell'Istituto di Clinica Medica Generale, il direttore prof. Nicola Pende ha commemorato alla presenza di un folto stuolo di personalità mediche non soltanto genovesi, l'illustre clinico prof. Vittorio Ascoli di recente scomparso.

Si è espresso in questi termini:

« La Clinica Medica di Genova si inchina oggi, piena di mestizia e col sentimento della più sincera partecipazione al dolore nazionale, di fronte allo spirito, non più vestito di spoglie mortali, del Clinico di Roma prof. Vittorio Ascoli. Egli era figlio di questa Città superba, poichè era nato a Genova nel quartiere del Carmine nel novembre 1863, figlio di questa superba Genova che ha dato alla medicina moderna già tanti e robusti insegnanti di clinica: ma era figlio, sopratutto, della scuola Romana di Guido Baccelli e di Ettore Marchiafava, la quale scuola anche a me fu madre di sapere e di esperienza.

Non è questo il momento — prosegue il prof. Pende — velata come è la mia mente dal dolore per l'amico perduto, di fare la storia critica obbiettiva di Vittorio Ascoli come scienziato e come insegnante. Io mi limiterò a dirvi che egli era il clinico erudito e fisiopatologo per eccellenza, che mirava ad illuminare la figura del malato soprattutto con le grandi leggi della patologia generale e dell'anatomia patologica: clinico morgagnano nel senso più vero della parola. Non amava le intuizioni cliniche e i colpi maestri nell'arte diagnostica e terapeutica. La sua lezione era una istruttoria serena, minuta, fredda di tutti i sintomi sulla discussione dei quali l'Ascoli versava la piena della sua erudizione in patologia dalle più antiche alle più moderne conoscenze e la diagnosi sua scaturiva, come da un calcolo matematico, dall'analisi minuziosa della sintomatologia del malato. La sua mentalità procedeva per la via dell'analisi, e di rado per quella della sintesi.

Ma, negli ultimi anni anch'egli era sempre al corrente dei progressi più moderni della nostra scienza, dava un largo posto all'individualità del paziente, e nella scuola da lui diretta, ottimi allievi hanno compiuto ricerche importanti nel campo della biochimica, della neurologia vegetativa, dell'endocrinologia.

Per quel che riguarda me personalmente, io ho sempre trovato in Vittorio Ascoli il giudice imparziale e sereno, il difensore onesto delle mie dottrine e delle mie opere nei momenti in cui altre scuole cliniche italiane avevano ancora i cervelli ed i cuori corazzati da diffidenza ed inimicizia non sempre obbiettiva verso chi era costretto dalla propria coltura e dalla propria mentalità, a tenere il difficile posto di avanguardia nel moderno indirizzo della clinica medica generale. Io, pertanto, sento ancora maggiormente il dolore della scomparsa di questo dotto ed onesto collega a cui mi legarono riconoscenza, stima e simpatia, che non lascia dietro di sè, ne son certo, alcun rancore; Egli lascia, invece, uno stuolo di allievi e di amici che rimpiangono amaramente la sua dipartita e lascia germi fecondi di nuove conoscenze nel campo della nostra difficile arte.

In questi ultimi anni — conclude l'oratore — egli aveva dato poi alla patria risorta una scuola di malariologia, che oggi mantiene di fronte alla scienza d'oltre alpe e d'oltre mare il primato dell'Italia in questo campo di studi, primato che francesi ed inglesi non ci avevano mai riconosciuto ».

L. C. MASSINI.

Da Padova.

Notizie dell'Università.

Con R. D. 30 ottobre 1930-IX riportato dalla *Gazz. Ufficiale* del 18 corr. vennero approvate modificazioni allo Statuto Universitario, e venne autorizzata la Clinica Pediatrica a organizzare una *Scuola di perfezionamento in Pediatria;* il corso sarà biennale; è diretta dal prof. Frontali.

Altre scuole di perfezionamento approvate sono: *Scuola di chirurgia* (quinquennale), direttore il prof. Fasiani.

Scuola di urologia (triennale), direttore il prof. Fasiani.

Scuola di ostetricia e ginecologia (quadriennale), direttore il prof. Bertino.

Scuola di dermosifilopatia (biennale), direttore il prof. Truffi.

Scuola di malattie dell'apparato respiratorio (biennale), direttore il prof. Frugoni.

Scuola di oculistica (triennale), direttore il prof. Lo Cascio.

Scuola d'igiene pubblica (biennale), direttore il prof. Casagrandi.

Scuola d'igiene scolastica, direttore il prof. Casagrandi.

Scuola di medicina legale ed infortunistica (biennale), direttore il prof. Pellegrini.

Con R. D. 15 gennaio 1931-IX, num. 104, venne approvata l'istituzione della *Scuola di Ostetricia presso il Brefotrofio della Prov. di Udine* sotto la vigilanza della R. Università di Padova. Il ruolo organico del personale porta un professore direttore, un assistente ed una levatrice maestra. Il posto di direttore è tenuto dal prof. Emilio Santi che teneva la stessa carica alla Scuola di Trieste, dove egli fu sostituito dal prof. Fiorenzo Clauser (già aiuto di questa Clinica ginecologica) che ha l'incarico provvisorio in attesa della nomina regolare.

Il prof. Achille Roncato è stato nominato alla Cattedra di fisiologia e di chimica fisiologica all'Università di Ferrara.

La Facoltà di Medicina in seduta 20 febbr. ha proposto la nomina per chiamata del prof. Guido Guerrini (attualmente alla R. Università di Modena) a coprire la cattedra di Patologia Generale, e del prof. Giuseppe Riquier (attualmente alla R. Università di Bari) a coprire la cattedra delle malattie mentali.

P. L. F.

NOTIZIE DIVERSE.

I funerali del prof. Ascoli.

In omaggio alle ultime volontà espresse dall'illustre Estinto, i funerali si sono svolti con austera semplicità e in forma modesta.

Tuttavia hanno assunto il significato di una manifestazione imponente di cordoglio. Vi ha partecipato una folla enorme.

La Casa Reale si è fatta rappresentare dal Marchese Seyssel, Gentiluomo di S. M. la Regina, dal Conte dott. Quirico, Medico di Corte, e da Mons. Beccaria, Cappellano di Corte.

Tra gl'intervenuti erano l'On. Orlando, la famiglia Salandra, il Principe Ludovico Chigi, il Conte Salata, il Principe Pietro Colonna, preside della Provincia, anche in rappresentanza del Consorzio antitubercolare, i Senatori Bastianelli, Marchiafava, Rava, Sanarelli, l'avv. Vecchini, gli Accademici Dionisi, Parravano e Severi, il dott. Lutrario per l'Organizzazione d'Igiene della Società delle Nazioni, il dott. Messea per il Comitato Nazionale delle Ricerche, il prof. Busi, preside della Facoltà Medica di Roma e tutti gli altri insegnanti della Facoltà, l'ing. Bonamico, vice-direttore della Scuola Superiore di Malariologia, e quasi tutti gli insegnanti della Scuola, i dottori Basile, Ilvento, Labranca, Tommasi-Crudeli, Franchetti per la Sanità pubblica, i generali medici Riva, Imbriaco e Madia per la Sanità militare, una larga rappresentanza della Croce Rossa, il direttore dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni dott. Giordani, il direttore della Stazione sperimentale antimalarica prof. Missiroli, il dott. Hackett per la Fondazione Rockefeller, il medico provinciale dott. Sirleo, il direttore dell'Ufficio d'Igiene e Sanità del Governatorato prof. Pecori, altri funzionari dell'Ufficio, il direttore del Policlinico Umberto I prof. Galli e quasi tutti gli altri direttori e primari degli Ospedali di Roma, vari rappresentanti del servizio sanitario delle Ferrovie dello Stato, del Sindacato Medico e di altri Enti, tutto il personale assistente della Clinica medica, la redazione e l'amministrazione del « Policlinico » al completo, uno stuolo di medici, studenti, amici, estimatori.

Non vi è stato omaggio di fiori e non si sono tenuti discorsi. Sul feretro si è deposta una sola corona, inviata da S. M. la Regina, la quale già durante la malattia aveva manifestato un vivo interessamento per la salute del prof. Ascoli e si era benignata di fargli una visita.

Innumeri condoglianze sono giunte da ogni parte d'Italia e dall'Estero.

In memoria del prof. Vittorio Ascoli.

Per iniziativa degli aiuti ed assistenti della Clinica Medica di Roma si è aperta una sottoscrizione con la quale si intende di raccogliere fondi per l'istituzione di un premio annuo intitolato a Vittorio Ascoli da assegnarsi alla migliore tesi di laurea vertente su argomenti clinici. Si intende con questa manifestazione di onorare la memoria del Maestro, interpretando anche la sua volontà nell'evolvere le somme eventualmente offerte in omaggio per le sue onoranze funebri per uno scopo didattico ed altamente scientifico. Si pregano pertanto tutti coloro, Enti e privati, che mostrarono il desiderio di voler concorrere con tributi floreali od altro ai funerali del prof. Ascoli, di rimettere l'equivalente alla Clinica medica di Roma (Policlinico Umberto I) o alla Redazione del nostro giornale in via Sistina, n. 14. Gli aiuti ed assistenti della Clinica hanno sottoscritto per L. 3000.

2° Congresso internazionale di tecnica sanitaria e di igiene urbanistica.

Si porta a conoscenza degli interessati che è stato concesso il ribasso del 50 % sulle tariffe delle Ferrovie dello Stato e delle più importanti secondarie e delle principali linee di navigazione per tutti coloro che nel prossimo aprile intendono recarsi a Milano sia come congressisti sia come espositori o come semplici visitatori della II Mostra Internazionale di Tecnica Sanitaria ed Igiene Urbanistica, che avrà luogo dal 12 al 27 aprile p. v.

Per tutte le informazioni riguardanti tali viaggi a prezzo ridotto gli interessati dovranno rivolgersi all'ufficio « AIVER » via Santa Maria Segreta 6, Milano, incaricato ufficialmente dei viaggi e del turismo dal Comitato esecutivo del Congresso e della Mostra Internazionale di Tecnica Sanitaria ed Igiene Urbanistica.

Giornate mediche di Lilla.

La Facoltà libera di medicina di Lilla, considerando il successo delle Giornate mediche del 1930, ha deciso di organizzare una nuova sessione, che avrà luogo nei giorni 2 e 3 maggio 1931.

4° Convegno annuale della Sezione Lombarda della Società Italiana Fascista di studi scientifici sulla tubercolosi.

Avrà luogo il 7 giugno in Bergamo (Palazzo del Governo). Il prof. Alberto Pepere terrà una conferenza sul tema: « Considerazioni anatomiche sull'infiammazione collaterale tubercolare ». Il prof. Luigi Ponticaccia svolgerà la relazione sul tema: « La emottisi nella tubercolosi polmonare dell'adulto ». Seguiranno la discussione, comunicazioni e una visita alle Istituzioni Antitubercolari di Bergamo.

Per cura del Consiglio direttivo della stessa Sezione, sarà tenuta in Milano il 19 aprile, una seduta scientifica straordinaria nella quale studiosi competenti comunicheranno sulle principali questioni d'attualità che si riferiscono ai risultati pratici della collassoterapia pneumotoracica e chirurgica. La riunione avrà luogo presso la Clinica Medica (via Francesco Sforza 35, « Padiglione Sacco »). Riferiranno: G. Ronzoni, U. Carpi, V. Ferrari, F. Cova, A. Cecchini, G. Silvano, A. Castelli, M. Belli, M. Redaelli e U. Sella.

La Segreteria ha sede presso l'Istituto di Tisiologia, via Gaudenzio Ferrari 18, Milano.

Clinica delle malattie tropicali e subtropicali a Roma.

Con R. Decreto Legge 18 dicembre 1930 n. 1837, pubblicato sulla « Gazz. Uff. » del 27 genn. 1931, n. 21, si provvede per l'insegnamento di Clinica delle malattie tropicali e subtropicali nella R. Università di Roma. L'insegnamento è annesso alla Facoltà di Medicina e Chirurgia.

Nella prima applicazione del decreto il Ministro ha facoltà di nominare, come professore stabile, una persona di alta fama negli studi relativi. Il titolare avrà facoltà di dimorare ogni anno all'estero per il tempo necessario, in relazione alle esigenze dei suoi studi, e di tenere insegnamenti, incarichi ed uffici all'estero.

Alla spesa per il funzionamento della Clinica provvedono i seguenti Ministeri con i contributi annui per ciascuno indicati: Interno L. 20.000; Guerra L. 10.000, Marina L. 50.000; Aeronautica L. 20.000.

Libere docenze.

La sessione 1931 per il conseguimento della libera docenza è stata indetta con Ordinanza Ministeriale 24 gennaio 1931, pubblicata nel « Bollettino Ufficiale » del Ministero dell'Educazione Nazionale 10 febbraio 1931, n. 6. Le domande in carta bollata da L. 5 debbono essere indirizzate al Ministero, Direzione Generale della Istruzione superiore, Div. III, non oltre il 31 maggio 1931.

Corso di perfezionamento a Parigi.

Dal 20 aprile al 3 maggio si terrà, presso la R. Università di Parigi, un corso di perfezionamento sulla terapia medica e idrologica delle malattie del tubo digerente, del fegato e della nutrizione, diretto dal prof. M. Villaret. Comprenderà 36 lezioni. Tassa d'iscrizione 300 franchi. Per informazioni rivolgersi al « Laboratoire d'Hydrologie et Climatologie Thérapeutiques de la Faculté de Médecine » (Ecole pratique), Paris.

Una conferenza.

Il quarto corso di cultura assicurativa, promosso dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, si è inaugurato il 27 febbraio, con una conferenza su « Le famiglie numerose » tenuta dal prof. Corrado Gini, presidente dell'Istituto Centrale di Statistica.

Nella stampa medica.

Si è iniziata la pubblicazione dell'« Univers Médical » che ha, insieme, carattere scientifico, tecnico, professionale, letterario e turistico. Il primo numero già dà un'idea concreta del periodico; esso contiene articoli su « L'alimentazione e il cancro » di Foveau de Courmelles, « Le idrorree nasali » di Leroux-Robert, « Il parto normale » del prof. Metzger, una novella di Luc Durtain, due lettere originali dei letterati Pierre Benoit e Georges Duhamel, informazioni turistiche (numerosi alberghi di tutta la Francia concedono, agli abbonati e alle loro famiglie, una riduzione del 10 %). L'abbonamento per l'estero importa soltanto 20 franchi francesi. Sede del periodico: boulevard de Sévigné 9, Dijon, Côte d'Or, Francia.

Mostra di lavori dei ricoverati in un Ospedale psichiatrico.

Con l'intervento della Duchessa d'Aosta e delle autorità locali, è stata inaugurata all'Ospedale psichiatrico Leonardo Bianchi di Napoli la 1ª mostra di lavori eseguiti dai ricoverati.

Le lavorazioni furono impiantate su larga scala nel 1925; nel 1930 hanno raggiunto l'utile netto di oltre un milione.

La mostra comprende: oggetti d'uso domestico, prodotti agricoli, manufatti, lavori di meccanica. Il prof. Sciuti, direttore dell'Ospedale, ha illustrato l'opera di redenzione compiuta dall'amministrazione provinciale, dal corpo sanitario e dal corpo insegnante tecnico per la rieducazione dei ricoverati al lavoro.

Falsificazione di specialità farmaceutiche.

È stata scoperta in Argentina un'organizzazione che fabbricava imitazioni di specialità terapeutiche e di prodotti cosmetici molto accreditati nell'Europa e nell'America. Un'irruzione entro i locali sospetti fece sorprendere in flagrante la fabbricazione; v'erano flaconi, tubi, scatole, etichette. Di un solo prodotto vennero sequestrate più di 20.000 etichette, il che prova come le falsificazioni fossero organizzate in grande scala.

Una cinematografia di lebbrosi.

Allo scopo di raccogliere fondi a favore del grandioso leprosario di Culion nelle isole Filippine, la « Fondazione Leonardo Wood contro la lebbra » ha allestito una cinematografia, in cui sono attori gli stessi ricoverati della colonia. L'iniziativa è dovuta al direttore della Fondazione, dott. Windson Wade.

Gl'introiti saranno specialmente devoluti a intensificare la produzione e l'impiego dell'« Hydnocarpus wightiana » (chaulmoogra), grazie al cui etere etilico iodato è stato possibile dimettere un centinaio di lebbrosi, curati allo stato iniziale, come definitivamente guariti, e tra essi non si è avuto che un paio di recidive. Per ottenere questi risultati che fino a qualche anno addietro sarebbero parsi inverosimili, si è fatto anche uso, come trattamenti coadiuvanti, della fulgorazione diatermica e di una vittitazione vegetale ricca di vitamine.

Intradermoreazione del cancro?

I giornali annunziano che l'oncologo prof. Freund di Vienna e la sua collaboratrice dottoressa Kaminer avrebbero scoperto una intradermoreazione dei tumori maligni, la quale ne permetterebbe la diagnosi durante le fasi iniziali; s'impiegherebbero acidi grassi ottenuti allo stato cristallino dal tessuto tumorale; la positività della reazione si manifesterebbe con un noduletto nero, simile a una lenticchia, che scompare solo dopo 1-2 settimane; nei soggetti indenni la reazione mancherebbe del tutto.

Divieto dei miglioranti delle farine in Francia.

Il Consiglio Superiore d'Igiene della Francia ha deliberato che venga interdetto l'impiego dei prodotti chimici suscettibili di essere mescolati alle farine per migliorarne il valore panificabile.

Medico ucciso da un morto.

Il medico addetto alla polizia di Bentschen (Prussia) era stato chiamato presso un suicida nel giardino pubblico della piccola città. Egli dette disposizioni affinchè il cadavere, che impugnava ancora strettamente la rivoltella, fosse rivoltato. Mentre un poliziotto eseguiva l'ordine, dall'arma partiva un colpo che ferì il sanitario all'addome. L'infortunato moriva poco dopo, nell'ospedale.

Un morto risuscitato.

I giornali narrano che a Costanza un fornaio si recava in casa di un garzone morto il giorno prima e che già era stato chiuso nella cassa. Salendo le scale, s'imbattè nel defunto. Per poco non stramazzò a terra, colpito da terrore. Il redivivo, fattigli i convenevoli, narrò che il giorno prima aveva sentito tutti i discorsi tenuti intorno a lui, ma non aveva potuto aprire bocca nè articolare alcun suono. Cessato lo stato letargico, trovò la forza di sfondare la bara e di correre ad avvertire che i funerali non erano più necessari.

Aghi nelle vene

Nell'Ospedale di Sternberg (Czecoslovacchia) una ragazza ha tentato di togliersi la vita introducendosi entro le vene, l'uno dopo l'altro, 35 aghi, di varia grandezza. Ricoverata nell'ospedale, si potè constatare ai raggi X che gli aghi si erano sparsi in tutte le regioni del corpo. Cagionavano sofferenze varie, ma non ledevano profondamente organi vitali.

Per spaccio di stupefacenti.

Sotto l'accusa di spaccio clandestino di stupefacenti, sono stati arrestati il farmacista dott. Pasquini Dagoberto, esercente a San Casciano dei Bagni (Siena), ed un suo complice, residente a Firenze.

Un chirurgo muore operando.

Mentre il dott. Louis P. Berne stava eseguendo un'operazione, è stato colpito da paralisi cardiaca e moriva quasi subito. Egli era il più reputato « chirurgo di bellezza » degli Stati Uniti; era soprannominato « l'uomo dalle mani magiche ». È noto che a lui l'ex campione mondiale di pugilato Jack Dempsey affidò il naso, rotto e spostato dai pugni di Tunney. — Contava 50 anni.

ROBERTO BINAGHI

Si è spento a Cagliari il 4 febbraio il prof. ROBERTO BINAGHI, Direttore della Clinica chirurgica e Rettore Magnifico della R. Università.

Era nato il 31 marzo 1866. Fu assistente della Clinica chirurgica di Sassari e poi dell'Ospedale Civile di Cagliari, di cui nel 1902 divenne Chirurgo Primario.

Sono di quell'epoca i suoi lavori « *Sull'azione protettiva del peritoneo nelle infezioni di origine intestinale* », « *Sulla virulenza del b. coli nell'invaginamento intestinale* », « *Sull'azione protettiva del pus contro le infezioni mortali* », « *Sulla patogenesi dell'invaginamento intestinale* », « *Sul potere battericida del pus e sul suo meccanismo d'azione* », ecc.

Nel 1903 ebbe l'incarico dell'insegnamento della patologia chirurgica nell'Università di Cagliari e nel 1906, vintone il concorso, fu nominato titolare della cattedra. Nel 1907, in seguito al passaggio del Remedi all'Università di Modena, la Facoltà medica di Cagliari gli affidò l'Insegnamento e la Direzione della Clinica chirurgica, di cui poi divenne titolare in seguito a regolare concorso.

Mirabile fu la sua attività operatoria e la produzione scientifica in questo periodo di tempo: ne fanno fede i suoi resoconti statistici, e i lavori « *Sui così detti tumori infiammatori del cieco* », « *Sull'indice opsonico nei tumori maligni* », « *Su 418 osservazioni di chirurgia urinaria* », « *Sulla chirurgia della milza* », ecc.

Eletto Rettore magnifico dell'Università con voto unanime nel 1915, fu confermato costantemente nella carica da prima dalla fiducia dei colleghi e di poi da quella del Governo nazionale. Dotato di ingegno sagace e versatile, di un meraviglioso spirito di iniziativa, di una volontà ferma e decisa, di una percezione chiara, netta, svolse in favore dell'Ateneo un programma veramente ammirabile per grandiosità e per genialità.

Da lui preparato pazientemente e tenacemente sorse il Consorzio Universitario che integra l'opera dello Stato.

Fornito di un vastissimo corredo di cognizioni fisiologiche e fisiopatologiche e di uno spirito critico rigorosissimo, metteva a fondamento della diagnosi l'esame clinico e la conoscenza completa dell'ammalato, pur non trascurando tutti quegli elementi che vengono suggeriti dalle ricerche di laboratorio, che seguiva minutamente e scrupolosamente sui giornali scientifici.

Esatto e brillante operatore, interveniva soltanto quando v'era l'indicazione esatta e precisa.

Parlatore elegante e forbito, conquideva l'uditorio.

Suo principale desiderio era quello di fare apprendere e largamente apprendere ai suoi allievi.

La passione che sentiva per la scuola è riassunta nell'appello ch'egli fece ai giovani nell'inaugurare l'anno accademico 1929-30:

« Ricordate che nell'Università c'è l'Italia con tutte le gloriose tradizioni del suo passato, con tutte le realtà sicure e operose del presente, con tutte le speranze certamente realizzabili del suo avvenire ». FRANCESCO PUTZU.

In seguito ad un attacco di angina pectoris, cessava di vivere il dott. ALESSANDRO CLERICI. Era nato a Milano nel 1863 e si era laureato a Bologna nel 1888; aveva poi compiuto molti studi di perfezionamento a Berlino, Vienna, Heidelberg, Parigi, Londra; si era specializzato in neurologia e fisioterapia e fu per molti anni a capo di stabilimenti idroterapici. Il giornalismo lo attirò presto per le larghe possibilità che parve offrire al suo spirito di studioso e di divulgatore della medicina. Nel 1891 iniziò, sul « Corriere della Sera », una rubrica medica, firmando col pseudonimo di *Dottor Ry;* essa lo rese notissimo in tutta Italia. Nel giornalismo medico raggiunse una posizione elevata; ultimamente era redattore-capo della « Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche » ove si faceva apprezzare per la chiarezza espositiva e per la molteplicità degli argomenti trattati con sicura conoscenza. Lascia anche alcuni volumi di propaganda, tra cui due ebbero larga diffusione: « Come si deve mangiare » e « La cattiva triade (obesità, gotta, diabete) ». Innumerevoli erano i suoi estimatori ed amici.

A. P.

È morto a Napoli il prof. ENRICO SERENI, di Roma, capo reparto di fisiologia presso quella Stazione zoologica. Vanno ricordati i suoi pregevoli lavori sull'anafilassi e sulle coordinazioni umorali.

Indice alfabetico per materie.

V. ASCOLI †, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXVIII Roma, 23 Marzo 1931 - IX Num. 12

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI †

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

I Clinica Chirurgica di Bucarest. - Ospedale Coltzea.

Frattura dell'assoide senza sintomi midollari.

Prof. dott. C. ANGELESCU e dott. G. BUZOIANU.

Si ammette generalmente che la prognosi di una frattura del rachide è tanto più grave quanto più in alto è situata la lesione. La vicinanza del bulbo e del centro frenico spiegano la gravità di tali fratture.

La lesione del midollo cervicale, però, non è costante in queste fratture della colonna cervicale superiore. Si è già osservato da tempo che, in alcuni casi eccezionali, gli spostamenti dei frammenti ossei possono essere minimi ed il midollo cervicale può non essere interessato. Esso può rimanere intatto, tanto più in questa regione, in cui la superficie di sezione del canale vertebro-cervicale è maggiore che negli altri segmenti rachidei.

Del resto, il midollo non occupa completamente il canale. Esso può pertanto sfuggire alle lesioni che potrebbe produrre uno spostamento anche piccolo, se la superficie fosse in contatto od in prossimità immediata della superficie interna del canale vertebrale. Si può quindi osservare, in qualche caso la presenza di una frattura del rachide cervicale superiore, senza sintomi midollari.

Noi abbiamo osservato recentemente, nella prima clinica chirurgica, un tal caso di frattura della colonna cervicale superiore in corrispondenza dell'assoide.

Oltre a tale lesione, da noi rilevata per la sua importanza (sia per l'aspetto sintomatico e clinico, sia per la sua rarità, sia infine per la gravità, avendo essa dato la morte), si avevano anche altre lesioni traumatiche. Si tratta di un infortunio complesso e di lesioni multiple che interessavano, ad un grado variabile di gravità, oltre la colonna vertebrale, il torace, l'arto superiore destro e la regione glutea destra.

La paziente, I. E., venne inviata alla 1ª Clinica chirurgica dall'ospedale Coltzea, dove era stata ricoverata in seguito ad un investimento tranviario. Le lesioni ed i sintomi che presentava erano i seguenti:

1) *Mano destra.* Spappolamento completo dell'indice e del medio, con spappolamento incompleto delle estremità distali dei metacarpi corrispondenti.

2) *Torace.* Fratture multiple delle coste, a destra ed a sinistra. Contusioni forti con ematoma sottocutaneo alla faccia anteriore dello sterno. Non si nota enfisema sottocutaneo.

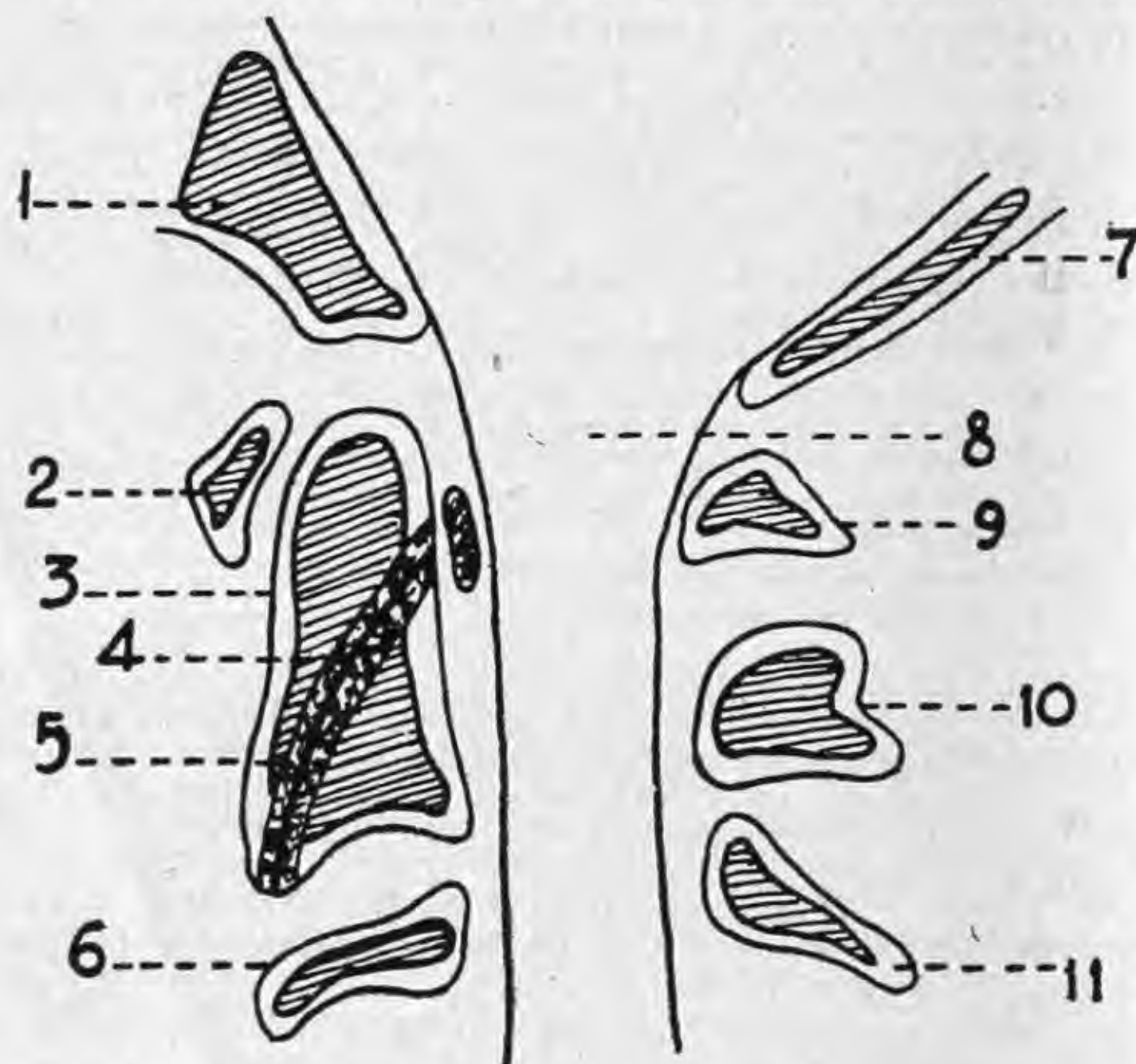



FIG. 1. — Sezione schematica medio-sagittale delle prime vertebre cervicali; vi si vede la linea di frattura dell'assoide.

1) Apofisi basilare. 2) Arco anteriore. 3) Apofisi odontoide. 4) Linea di frattura. 5) Corpo dell'assoide. 6) Corpo della III vertebra cervicale. 7) Occipite. 8) Canale midollare. 9. Arco dell'atlante. 10) Apofisi spinosa dell'assoide. 11) Apofisi della III cervicale.

FIG. 2. — Sezione schematica medio-sagittale delle prime vertebre cervicali, per mostrare lo spostamento verificatosi in rapporto con la posizione normale.

3) *Natica destra.* Ferita contusa latero-anale, in corrispondenza della fossa ischio-rettale destra, lunga 10-12 cm., approfondantesi nel grasso sottocutaneo per 2-3 cm.

4) *Colonna vertebrale.* Alla regione cervicale, si osserva che la pressione digitale locale subito sotto la fossetta nucale, risveglia un dolore acutissimo. È appena apprezzabile una certa deformità, nel senso di una maggiore profondità della fossetta citata.

I tentativi di flessione e di rotazione della testa sono dolorosi. La paziente è costretta a tenere la testa immobile. La palpazione nel faringe non rivela alcuna deformazione, ma soltanto un dolore alla parete posteriore. Alla puntura rachidea, si estrae un liquor sanguinolento.

Non vi sono ecchimosi palpebrali, congiuntivali, mastoidee o latero-cervicali. Non si hanno sintomi di quadriplegia o di paraplegia, o di anestesia negli arti superiori od inferiori. Riflessi conservati, Babinski negativo. Frequenza del polso e del respiro normale. Nessun segno oculare particolare. La paziente risponde correttamente alle domande che le sono rivolte, pur senza fornire notizie precise sul modo con cui è avvenuto l'incidente e sulla modalità di esso.

In presenza di questo quadro clinico, senza lesioni nettamente evidenti, noi abbiamo affermato l'esistenza di una lesione traumatica delle prime vertebre cervicali, pur senza poter precisare clinicamente ciò che era dovuto alla frattura stessa, o ad eventuali lussazioni, semplici od associate.

La radiografia, nel modo con cui è stata fatta non è stata conforme alle supposizioni. Essa è stata eseguita soltanto nel piano frontale, con la bocca aperta, mentre quella laterale non è stata fatta (mancanza di apparecchi?).

La radiografia frontale non ci dà un'immagine chiara delle lesioni situate in corrispondenza delle prime vertebre. Essa permette soltanto di rilevare l'esistenza di una lesione, senza poter precisar nulla; per tale ragione, non la riproduciamo.

L'intervento terapeutico fu il seguente:

Alla mano destra, si è praticata l'amputazione delle dita schiacciate e dei metacarpi corrispondenti. Sutura incompleta della ferita operatoria, con drenaggio.

Al torace, apparecchio d'immobilizzazione, mediante larghe strisce di diachilon.

Alla natica destra, teletta della ferita, con antisepsi, escissione del grasso erniato, punti di sutura alle estremità della ferita, drenaggio.

Al rachide cervicale, immobilizzazione completa in decubito dorsale, senza trazione, senza per-

mettere alcun movimento di flessione, di rotazione o di lateralità della testa.

Quando si stava preparando per una seconda radiografia, l'indomani, senza nessun segno avvisatore che facesse prevedere una rapida fine, la paziente spirò.

La temperatura non aveva oltrepassato 37°,9.

Qualche minuto prima della morte, l'infermiera aveva parlato con la paziente.

Tale fine improvvisa ci ha fatto supporre che la morte fosse sopravvenuta in seguito alla com-

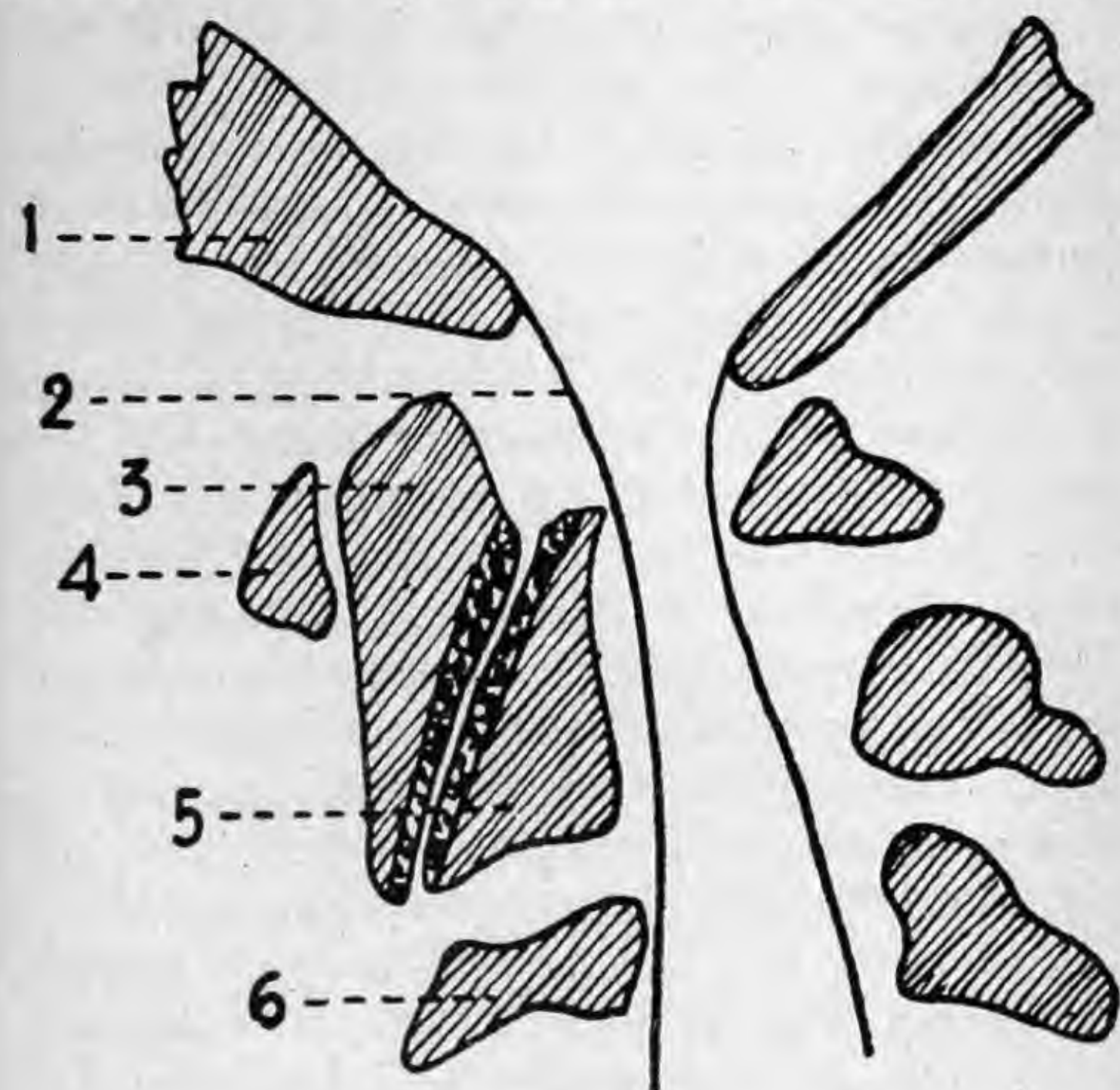



Fig. 3.

1) Occipite. 2) Canale midollare. 3) Apofisi odontoide. 4) Arco anteriore, atlante. 5) Corpo dell'assoide. 6) III vertebra cervicale.

pressione brusca in corrispondenza del midollo cervicale superiore.

L'autopsia ha verificato le lesioni descritte: fratture delle coste IV-VIII destre e II-VII sinistre, con pleure intatte; frattura del corpo dell'asse e dell'apofisi odontoide (fig. 1-3), spostamento in avanti del frammento fratturato insieme con l'atlante e l'estremità cefalica. La linea di frattura dell'arco anteriore dell'asse è obliqua in alto e all'indietro. Rottura del legamento trasverso dell'atlante.

In corrispondenza del focolaio di frattura, si trova del sangue stravasato. La dura madre, senza soluzione di continuo, è ecchimotica su entrambe le facce. Si osserva la compressione midollare, in causa degli spostamenti avvenuti. La base del cranio era intatta.

Considerazioni.

Evidentemente, nella nostra paziente, vi era una frattura dell'asse, interessante il corpo e la base dell'apofisi odontoide, senza che si sia potuto rilevare un qualsiasi sintoma midollare o midollo-radicolare di compressione irritativa o di compressione distruttiva.

Oltre a questa lesione su cui abbiamo creduto opportuno d'insistere in modo particolare, le altre lesioni avevano pure la loro importanza; ma, nel caso speciale questa non è stata preponderante « quoad vitam », non determinando nè direttamente, nè indirettamente la morte.

Concentreremo, quindi, tutte le nostre riflessioni sulla frattura dell'assoide.

Sono note alcune osservazioni di frattura dell'assoide seguite da guarigione; questa si è anche avuta in casi di frattura dell'atlante ed anche in alcune fratture complesse combinate, interessanti l'atlante e l'assoide, atloido-assoidiane.

In questo ordine d'idee, citiamo l'importante lavoro di Jules e di André Boeckel, in cui si trovano delle osservazioni simili al caso nostro.

Nelle osservazioni 21, 26 e 27 di tale lavoro, le fratture del corpo dell'assoide sono state seguite da guarigione; nelle osservazioni 14, 15, 19, la morte è sopravvenuta o bruscamente, al momento dell'accidente, ovvero improvvisamente in seguito a spostamenti secondarii. Si trovano anche citate delle lesioni isolate delle apofisi articolari dell'asse (Oss. 32 e 33 dello stesso lavoro) che sono guarite.

Ménégaux ha pubblicato recentemente un caso di frattura dell'atlante che è guarito, facendo però ogni riserva per l'avvenire.

La comparsa tardiva di una sindrome Kümmel-Verneuil è sempre possibile e quindi la prognosi deve essere sempre riservata. Pieri, Starr, Kien-Bock e Jeanneney si sono occupati recentemente delle fratture delle due prime vertebre cervicali, accompagnate o non da fenomeni paralitici. Ourlt, De Forest, Wilord e Körte hanno riportato, tempo fa, delle osservazioni di frattura dell'apofisi odontoide, nelle quali la morte è sopravvenuta secondariamente ed improvvisamente come nel nostro caso. Nel caso di Ourlt, la malata non ha presentato, per 8 giorni, nessun fenomeno paralitico; nei due primi giorni, essa aveva anche camminato per alcune ore. All'autopsia, si rilevò la frattura dell'apofisi odontoide e dell'arco posteriore dell'atlante.

In Romenia, il Prof. Balacescu ha curato un caso difficile di frattura della colonna cervicale, situata in corrispondenza della V vertebra. Si trattava di una donna che, in seguito ad un accidente, presentava una frattura del rachide cervicale, associata a fenomeni nervosi nel dominio del plesso brachiale.

L'esame neurologico dimostrò che non si trattava di una compressione grave, distruttiva. La paziente rifiutava l'applicazione di un apparecchio gessato; si praticò, pertanto, l'immobilizzazione della colonna cervicale in decubito dorsale, per trazione sulla estremità cefalica. Dopo qualche giorno, la malata ri-

fiuta questo trattamento accettando l'immobilizzazione per trazione, stando seduta su una poltrona. Dopo qualche altro giorno, i fenomeni nervosi cedono lentamente e la malata parte per Vienna per decidersi a continuare, sia il trattamento ortopedico, sia l'intervento che le aveva imperiosamente consigliato un altro chirurgo.

A Vienna, viene praticata l'immobilizzazione mediante trazione; attualmente, la malata sta bene e non presenta nessun sintoma nervoso, ma soltanto lieve rigidità nucale.

I proff. Butoianu e Stoian hanno pubblicato nel 1921 un altro caso di frattura dell'apofisi odontoide, accompagnato da sintomi midollari di paralisi degli arti superiori ed inferiori. I movimenti passivi impressi agli arti determinavano degli accidenti di soffocazione, associati ad intensi dolori. Come sintomo associato d'irritazione midollare poco comune, si osservava uno stato di semierezione del pene accompagnato da eiaculazioni intermittenti; il malato morì in seconda giornata.

In una seconda osservazione di frattura del rachide cervicale situata alla V vertebra, in un palombaro, in seguito ad un'immersione in mare, il Prof. Butoianu intervenne con laminectomia e trovò la dura madre lacerata ed il midollo quasi completamente distrutto. Il paziente presentava, prima dell'intervento, tutti i segni di una grave compressione midollare e non ha potuto essere salvato.

In circostanze analoghe, il Prof. I. Jianu ha praticato la laminectomia in una frattura cervicale accompagnata da tutti i segni di compressione distruttiva (paralisi flaccida, abolizione dei reflessi tendinei e cutanei, anestesia, ecc.). Asportate le lamine vertebrali, si è trovata un'abbondante ematorrachia ed il midollo compresso, enormemente assottigliato. La semplice decompressione, come l'immobilizzazione post-operatoria non sono state sufficienti per dare la guarigione. All'autopsia, il midollo, sebbene molto assottigliato non presentava nessuna lesione di continuità.

In generale, la questione degli spostamenti secondari dei frammenti ossei fratturati costituisce evidentemente il fattore di gravità nelle fratture delle prime vertebre cervicali. Essi possono dare una compressione brusca eccessiva del bulbo o del midollo sottobulbare e, pertanto, la morte improvvisa, « la morte senza frasi », secondo l'espressione di Lejars, per ovviare a questi spostamenti inaspettati che si producono a causa del peso e dei movimenti della testa, il più spesso in avanti.

I Proff. Juvara e Dimitriu hanno tentato, in un caso di frattura dell'apofisi odontoidea accompagnata da lussazione atloido-assoidea, dopo la laminectomia, nella stessa seduta operatoria, un innesto osseo tibiale, allo scopo di fissare l'occipite alle apofisi spinose della III e IV vertebra cervicale. Finora questi tentativi non hanno dato i risultati sperati poichè, a causa del peso della testa che prevale sempre in avanti, lo spostamento tende a formarsi in tale direzione.

Coi spostamenti posteriori, invece, sono stati segnalati in casi del tutto eccezionali. Normalmente, l'integrità del legamento trasverso, che si attacca all'apofisi odontoidea, impedisce lo spostamento. Quando, sia il legamento che l'apofisi non sono più intatti, si può verificare lo spostamento. Così si spiega la ragione per cui la maggior parte delle osservazioni di guarigione pubblicate riguardano soprattutto delle fratture degli archi posteriori dell'atlante e dell'asse. L'integrità del dente assiale impedisce lo spostamento e, quindi, la compressione. Nella nostra osservazione, si trattava della frattura di questo punto d'appoggio locale della colonna cervicale cioè del corpo e dell'apofisi odontoidea dell'assoide.

Così pure, si è trovato, all'autopsia, rotto il legamento trasverso dell'atlante. È assai probabile che tale legamento, all'inizio, non fosse distrutto; con ciò si spiega l'assenza di una compressione, che avrebbe dovuto verificarsi in primo tempo, sia durante l'accidente, sia ulteriormente, causata dal movimento della testa durante il trasporto, durante il piccolo intervento, durante la radiografia, ecc. Soltanto dopo che tali movimenti sono venuti intaccando di continuo la solidità di questo legamento, si è prodotto lo strappamento completo, iniziatosi al momento del trauma. È evidente, poi, che in tale evenienza, mancando qualsiasi appoggio della colonna, lo spostamento si è verificato immediatamente e con facilità.

Per quanto riguarda il meccanismo della frattura nel nostro caso, esso deve essere ravvicinato a quello che si produce, p. es., negli individui che fanno dei tuffi. Un colpo diretto sul cranio può produrre delle fratture dei corpi delle vertebre cervicali (Dejouany-Picqué). Così, nei pescatori di perle o di spugne, gli urti diretti sul cranio possono produrre delle fratture alle vertebre cervicali per lo sfondamento, talvolta senza lesioni, della volta o della base. Tale fatto spiega la frequenza relativa delle paraplegie più o meno fruste (Lerichel).

Dall'analisi del nostro caso possono trarsi le seguenti deduzioni:

1) Si impone la radiografia, la quale deve

precisare la sede della frattura supposta clinicamente, quando mancano i sintomi midollari e quando essa è situata in corrispondenza delle prime vertebre cervicali.

2) Considerato il meccanismo di produzione degli spostamenti secondarii e nella eventualità di una grave compressione, possiamo affermare che la frattura dell'arco anteriore dell'asse è incomparabilmente più grave che quella dell'arco posteriore, per il quale lo spostamento, se pure esiste è minimo, beninteso se la frattura non si accompagna al tempo istesso e nel momento stesso dell'accidente, ad una lussazione occipito-atlantoidea od atlaido-assoidea.

3) Il trattamento d'urgenza necessario per tale lesione è il seguente: immobilizzazione immediata e rigorosa, per cui si applicherà una « minerva » in gesso. Soltanto, quando la frattura del rachide cervicale è accompagnata da sintomi midollari di grave compressione, è indicato l'intervento cruento a scopo di decompressione. Gli si associerà, dopo l'operazione, la stessa rigorosa immobilizzazione, senza la quale si corre sempre il rischio di uno spostamento secondario fatale.

Bucarest, settembre 1930.

RIASSUNTO.

Gli AA. riportano un'osservazione propria di frattura dell'assoide, che non determinò sintomi midollari, ma che fu seguita da morte improvvisa. Discutono il meccanismo della lesione e consigliano in tali casi la radiografia e l'immobilizzazione rigorosa.

NOTE DI TECNICA

OSPEDALI RIUNITI DI ROMA.
POLICLINICO UMBERTO I. - X PADIGLIONE.
Primario: Prof. A. MILANI.

Su un metodo pratico di emocoltura nelle infezioni tifoidi

per il dott. ROSARIO GRASSO
assistente negli Ospedali Riuniti.

L'importanza di questa breve nota, è data dall'impossibilità di poter fare nel 1° settenario diagnosi di tifo, senza l'emocultura. In tale periodo qualunque diagnosi clinica sarebbe solo di presunzione.

L'emocultura com'è noto, viene praticata da appositi gabinetti di analisi, poichè richiede mezzi e tecnica speciali (matracci, terreni liquidi o solidi speciali, termostati, ecc.).

È ovvio che non tutti i paesi dispongono di un tale valido ausilio, mentre oggi dapertutto esistono medici provvisti di un microscopio, di qualche provetta sterile, (in commercio si trovano pure le « Venule Behring » di pratico uso) e di sommarie conoscenze batteriologiche.

È dunque per il medico pratico di provincia ch'io descrivo il metodo consigliato da Gildemeister per l'emocultura nel tifo:

1) prelevare con semplice ago sterile, previa bollitura, da una vena del braccio 2-3 cmc. di sangue raccogliendolo in una provetta sterile ove è stata posta 4-6 cmc. d'acqua distillata sterile. La cute del braccio sarà previamente disinfettata o con semplice pennellazione di tintura d'iodio o con un impacco all'alcool;

2) Agitare subito e tenere la provetta con tale miscela in luogo caldo per 2-3 giorni. Praticamente di primavera ed estate, basta la temperatura ambiente.

D'inverno, in cui però il tifo è poco frequente, è sufficiente tenerla in qualche sito (cassetto, armadio, ecc.) ove la temperatura è più mite.

La temperatura del termostato *se è desiderabile, non è però necessaria.*

In tale periodo avviene l'arricchimento;

3) osservare al 2° oppure al 3° giorno la miscela o a fresco o con preparato colorato.

Per osservare a fresco, a mezzo dell'ansa di platino previamente bruciata, si preleva un'ansata del liquido e si osserva a goccia pendente o più semplicemente così come si fa per il sedimento d'urina o per il sangue a fresco.

Si depone cioè su un copri-oggetti, che si arrovescia sul porta; il liquido si distende spontaneamente.

Si osserva allora al microscopio con obiettivo a secco o ad immersione (ingrandimento medio; obiettivo 5, oculare 3) e se l'emocultura è positiva si nota una miriade di bastoncelli mobili, anzi mobilissimi, i cui caratteri ricordano il bacillo del tifo.

Per fare il preparato colorato, si allestisce una colorazione semplice nel classico modo:

1) distendere il materiale sul vetrino porta-oggetti;

2) seccare e fissare alla fiamma;

3) versare sul vetrino il liquido colorante (bleu di metilene) e lasciarlo agire per 1 minuto a freddo;

4) gettare l'eccesso del colore;

5) lavare, asciugare.

Si vedono allora, osservando ad immersione, numerosi bastoncini, questa volta fissi, esili, anch'essi coi caratteri del bacillo tifico.

Il metodo è dunque semplicissimo.

Un microscopio, una provetta sterile, un'ansa, un coloronte, una conoscenza elementare di batteriologia, sono sufficienti.

Ma subito sarà obiettato che non si ha sicurezza che il bacillo coltivato sia proprio il tifico e non il coli, tanto simile a quello.

Ed è per questo che ho voluto controllare il metodo e rendermi conto della reale importanza che in pratica si deve ad esso dare.

A 10 infermi sospetti di tifo (di cui 8 furono confermati tali), ho prelevato il sangue nel modo su detto, usando il materiale sopra esposto.

Contemporaneamente allestivo un'altra emocultura di controllo su terreno liquido (bile), che inviavo al Gabinetto di analisi del Policlinico.

Ebbene, su tutti e dieci i casi, quel reperto fu eguale al mio. Negativo in 6 casi di cui 2 risultarono non tifosi (caso VII e VIII) e 4 si trovavano a male inoltrato, quando cioè l'emocultura è di regola negativa (caso I, IV, V, IX).

Positivo in 4 casi, di cui uno (caso III) al VII giorno dal prelevamento e 3 già al III giorno.

In tutti i positivi la forma, il comportamento ed i movimenti dei bacilli erano quelli del gruppo tifo-coli. E lo stesso al preparato colorato, ove il campo era pieno di numerosi bastoncini ammassati, esili.

Controllo del metodo su 10 pazienti sospetti di tifo.

CASO I. — G. B., anni 21. Notizie cliniche: tifoso in XI giornata.

Prelevamento del sangue il 10 marzo 1930.

1ª	osserv.	il 13 marzo:	a fresco e colorato	sterile
2ª	»	» 20	» » » » »	»
3ª	»	» 25	» » » » »	»

Emocultura di controllo dopo 6 giorni: sterile.
Sierodiagnosi il 22 marzo: +++ per il tifo.

CASO II. — G. A., anni 35. Notizie cliniche: tifoso in XXX giornata con una seconda *poussées* di roseole.

Prelevamento del sangue l'11 marzo 1930.

1ª	osserv.	il 14 marzo:	a fresco e colorato	positivo
2ª	»	» 20	» » » » »	»
3ª	»	» 25	» » » » »	»

Emocultura di controllo dopo 9 giorni: positiva per il tifo.

CASO III. — Il caso precedente ma in 50ª giornata durante una terza *poussées* di roseole.

Prelevamento del sangue il 31 marzo 1930.

1ª	osserv.	il 3 aprile:	a fresco e colorato	sterile
2ª	»	» 10	» » » » »	positivo
3ª	»	» 16	» » » » »	»

Emocultura di controllo dopo 6 giorni: positiva per il tifo.

CASO IV. — P. A., anni 29. Notizie cliniche: tifoso in XIX giornata.

Prelevamento del sangue il 2 aprile 1930.

1ª	osserv.	il 5 aprile:	a fresco e colorato	sterile
2ª	»	» 10	» » » » »	»
3ª	»	» 16	» » » » »	»

Emocultura di controllo dopo 6 giorni: sterile.
Sierodiagnosi il 10 aprile positiva per il tifo.

CASO V. — P. R., anni 21. Notizie cliniche: tifoso in 40ª giornata.

Prelevamento del sangue il 10 aprile 1930.

1ª	osserv.	il 13 aprile:	a fresco e colorato	sterile
2ª	»	» 20	» » » » »	»
3ª	»	» 25	» » » » »	»

Emocultura di controllo dopo 6 giorni: sterile.
Sierodiagnosi il 20 aprile positiva per il tifo.

CASO VI. — S. M., anni 12. Notizie cliniche: tifoso in X giornata.

Prelevamento del sangue il 20 aprile 1930.

1ª	osserv.	il 23 aprile:	a fresco e colorato	positivo
2ª	»	» 28	» » » » »	»
3ª	»	» 4 maggio:	» » » »	»

Emocultura di controllo dopo 5 giorni: positiva per il tifo.

CASO VII. — P. E., anni 15. Notizie cliniche: febbricitante al IV giorno con sintomi influenzali; sfebbra al VI giorno.

Prelevamento del sangue il 20 aprile 1930.

1ª	osserv.	il 23 aprile:	a fresco e colorato	sterile
2ª	»	» 28	» » » » »	»
3ª	»	» 4 maggio:	» » » »	»

Emocultura di controllo sterile.

CASO VIII. — B. P., anni 25. Notizie cliniche: febbricitante al VI giorno; si sospetta pure l'infezione malarica.

Prelevamento del sangue il 25 aprile 1930.
1ª osserv. il 28 aprile: a fresco e colorato sterile
2ª » » 3 maggio: » » » » »
3ª » » 10 » » » » » »
Emocultura di controllo sterile.
Esame del sangue per la malaria: positivo il 1º maggio.

Caso IX. — M. G., anni 58. Notizie cliniche: febbricitante al XIII giorno.
Prelevamento del sangue il 10 luglio 1930.
1ª osserv. il 13 luglio: a fresco e colorato sterile
2ª » » 20 » » » » » »
3ª » » 26 » » » » » »
Emocultura di controllo dopo 6 giorni: sterile.
Sierodiagnosi il 16 luglio: positiva per il tifo.

Caso X. — M. L. (figlia), anni 17. Notizie cliniche: tifosa al VII giorno.
Prelevamento del sangue il 10 luglio 1930.
1ª osserv. il 13 luglio: a fresco e colorato positivo
2ª » » 20 » » » » » »
3ª » » 26 » » » » » »
Emocultura di controllo: positiva per il tifo.

Tali osservazioni, sebbene non troppo numerose, pure sono sufficienti per permettermi di consigliare tale procedimento e per divulgarne la conoscenza onde venga sottoposto ad altri controlli.

Il metodo però è suggestivo e per l'utilità pratica e per la *semplicità ed accessibilità* a chiunque; poi perchè non ha controsensi, sebbene grossolano, nè poggia su dati errati.

Nessuna meraviglia se come mezzo di cultura viene utilizzato il sangue stesso, adatto e per reazione e per materiale nutritizio allo sviluppo dei germi. Il sangue inibisce è vero la facolta germinativa dei germi, ma tale proprietà cessa post-mortem. Ebbene, il sangue estratto e messo in provetta è ormai non vitale e nelle identiche condizioni di quello cadaverico.

Nè fare a meno della temperatura costante del termostato a 37° è un errore.

I bacilli del gruppo tifo-coli si sviluppano entro limiti amplissimi di temperatura, fra + 4° e + 46°, pur avendo un optimum a + 37°.

La temperatura delle stanze o di un cassetto, specie in primavera ed estate in cui è frequente il tifo, varia dai + 15° ai + 20°, ed è abbastanza sufficiente al loro sviluppo.

Essendo il metodo una semplice emocultura, a questo noi possiamo solo chiedere lo sviluppo del germe.

La identificazione poi del germe, per la quale occorrono procedimenti complessi (passaggi su terreni speciali, prova dell'agglutinazione) è la sola che ci possa dare la sicurezza sulla identificazione del bacillo tifoso, non essendo i suoi caratteri morfologici tali da permettere una diagnosi differenziale con i vari batteri del gruppo tifo-coli (b. fecale alcaligene, b. tifico, b.b. paratifico A e B, colibacillo) che solo si distinguono per le loro proprietà biochimiche ed a mezzo dell'agglutinazione.

Per ovviare le cause d'errore occorre prelevare il materiale in modo sicuramente sterile, cosa del resto semplicissima.

Questo prezioso metodo adunque, sebbene può essere eseguito *da tutti e ovunque*, pure dà responsi molto attendibili.

E per gli scettici che non volessero credere quanto scrive il Gildemeister *se tale emocultura presa con buone norme di asepsi viene positiva, il vostro ammalato è un tifoso*, dirò che Schottmuller, dopo di aver sottoposto il metodo a numerosi controlli, si dimostra contento assai e lo raccomanda ai pratici.

È per questi che si addice il metodo e non certo per le cliniche che dispongono di laboratori e di personale adatto.

E se pensiamo che chiunque può praticare oggi la sierodiagnosi di Gruber-Widal grazie ai diagnostici così pratici in vendita, possiamo concludere che l'emocultura e la sierodiagnosi del tifo non sono più privilegio solo dei grandi centri.

CONCLUSIONI.

1) Le emoculture col metodo Gildemeister ci hanno dato risultati identici a quelli avuti a mezzo del laboratorio d'analisi, dimostrando coi 4 casi positivi che il terreno e la temperatura usati sono sufficienti allo sviluppo del b. tifico.

2) Rispettando l'asepsi i risultati sono attendibili e sufficienti per la pratica comune.

RIASSUNTO.

L'A. consiglia ai pratici, per la diagnosi precoce del tifo, il metodo semplicissimo di emocultura di Gildemeister di cui ha controllato i buoni risultati, e ne descrive il procedimento.

Roma, 24 novembre 1930.

BIBLIOGRAFIA.

L. Mohr-R. Staehelin. *Trattato di medicina interna*, vol. I, p. II. Soc. Editrice Milanese.

Gildemeister. *Ueber den Nachweis der Tiphusbazillen im Blut durch Anureicherung im Wasser 1914-1918*. Inn. Med., Bd. 3.

V. Puntoni. *Manuale di Microbatteriologia medica*. Socrate Bucciarelli, Roma.

LEZIONI.

Nuove e vecchie questioni sulla nutrizione.

(C. v. NOORDEN. *Deut. mediz. Woch.*, 2 genn. 1931).

Da alcuni anni, ci troviamo trascinati in un movimento, che ha per iscopo la modificazione della dieta sia dei malati che delle popolazioni. Come è accaduto altre volte per le questioni dietetiche, il punto di partenza delle nuove ricerche è stato fornito dall'esperienza sugli stati morbosi.

Sarebbe ingiusto misconoscere che Gerson ha dato un nuovo impulso per questo movimento, pure riconoscendo, d'altra parte, che egli è caduto in esagerazioni pericolose. Ad ogni modo, il nuovo movimento và seguito con simpatia, tanto più che, grazie ad esso, molti medici che dapprima trascuravano le questioni della nutrizione seguono ora tale movimento, mentre per quanto riguarda la nutrizione delle masse, si è fatta strada la persuasione che nella scelta e nella preparazione culinaria dei cibi, le vecchie abitudini possono essere modificate e migliorate.

L'EQUILIBRIO ACIDO BASE.

L'equilibrio acido base, cioè la reazione *attuale* chimico-fisica del sangue e dei tessuti è una costante biologica la quale, mediante processi fisiologici di diversa specie, può subire temporaneamente delle piccole oscillazioni in un senso o nell'altro, ma che rapidamente viene ristabilita con l'afflusso regolatore di acidi o di basi. Tale regolarizzazione manca soltanto in alcuni stati morbosi minacciosi. Facilmente spostabile è invece la riserva alcalina, ma non la reazione attuale misurabile con la determinazione della concentrazione degli idrogenioni. E ci vuole un bel coraggio per affermare sulla base di preconcetti e di ipotesi non dimostrate, la possibilità di modificare, mediante una certa dieta, questa costante del sangue e dei tessuti propria della specie e di credere che essa, nella nutrizione delle masse, possa e debba vantaggiosamente venire modificata e spostata dal lato alcalino. Fortunatamente, tutto ciò è impossibile.

ECCESSO DI BASI O DI ACIDI NELLA DIETA.

Nonostante la costanza della reazione attuale del sangue, non è da dubitarsi che, mediante il contenuto totale di minerali nella dieta o modificando i rapporti fra acidi e basi in generale o fra questo e quel catione od acido, si possa agire energicamente sui più importanti processi del ricambio cellulare; poichè, in misura di molto maggiore che il sangue, le cellule dei tessuti possono servire da depositi dei materiali organici od inorganici. Naturalmente, vi sono dei limiti a questi processi e non tutte le cellule hanno la stessa capacità per accumulare il materiale di riserva, esistendo notevoli differenze nel potere di adsorbimento.

È un fatto che la riserva alcalina del sangue, cioè la differenza fra le valenze basiche ed alcaline può venire rapidamente modificata da sali, alcali od acidi o da una dieta nettamente diretta nel senso acido od alcalino. Ed è sorprendente il vedere la rapidità con cui il sangue viene arricchito o privato della riserva alcalina, già entro 24 ore, per raggiungere i valori massimi in pochi giorni.

Nell'accumulo di materiali inorganici nelle cellule dei tessuti, queste possono difendersi da modificazioni dannose della reazione chimico-fisica, mediante la possibilità di regolare tale reazione e con adatte combinazioni in forma colloidale. D'altra parte, con l'introduzione e l'elaborazione del materiale di riserva, può essere modificato tutto l'ambiente in cui vivono e lavorano i tessuti in senso favorevole o meno alle prestazioni vitali. Ben poco e solo frammentariamente ci è noto sull'entrata, l'uscita e lo scambio dei materiali di riserva delle cellule e sulla loro influenza sui processi endocellulari. Ad ogni modo, noi comprendiamo che una dieta prevalentemente acida o basica, o l'introduzione abbondante di determinate sostanze minerali possa agire in senso favorevole o sfavorevole su questo o su quel tessuto. Tali processi di accumulo hanno appunto grande importanza per i nuovi problemi della nutrizione.

DEMINERALIZZAZIONE E SUBMINERALIZZAZIONE ALIMENTARE.

Si parla di *demineralizzazione* quando il contenuto minerale normale dei tessuti viene a diminuire, come, p. es., nell'osteomalacia, in certe forme di artrite cronica, nell'acidosi diabetica, nell'introduzione esagerata di acido fosforico; vi è una demineralizzazione speciale della tiroide, in rapporto allo jodio, nel gozzo endemico. Ma si tratta, in tal caso, di questioni che hanno rapporto con la patologia.

Per quanto riguarda la *submineralizzazione alimentare*, si riteneva che l'alimentazione delle masse, liberamente scelta potesse fornire degli elementi minerali sufficienti per quantità e qualità. Le moderne ricerche sul gozzo endemico hanno infirmato tale vecchia dottrina e, sebbene non esaurienti, hanno dimostrato che esso è, in gran parte, in rapporto con le condizioni locali e forse anche in relazione alle concimazioni artificiali, che non portano alla terra tutti i materiali di cui hanno bisogno gli organismi animali.

La submineralizzazione alimentare sta in rapporto anche con l'uso di far cuocere i le-

gumi, le patate, ecc. in acqua abbondante, gettando poi, con l'acqua di cottura, grandi quantità di sostanze minerali solubili.

Nelle diete obbligate, fra cui si deve ascrivere anche la dieta di guerra, la submineralizzazione è possibile, specialmente in rapporto all'acido fosforico ed al calcio, di cui la carenza può condurre a stati morbosi. Una dieta obbligata è anche quella che si dà ai malati e non soltanto negli ospedali, dieta che può essere utile per certi motivi ma che, continuata per settimane e mesi, può condurre alla carenza minerale.

Anche la dieta aclorurata appartiene al campo della submineralizzazione.

Praticamente, essa consiste nel non aggiungere sale agli alimenti, lasciando soltanto il cloruro di sodio, che essi contengono normalmente, circa grammi 2 e 1/2 a 4 e, con la somministrazione di molto latte, 0,16 in più.

Con la dieta di Hermannsdorfer, si danno 6-7 grammi di sale, circa la metà della quantità normale. Essa non corrisponde alla dieta ipoclorurata, quale è in uso in medicina da una trentina d'anni, ma è sufficiente ad escludere ogni eccesso dannoso.

Gli effetti principali della dieta ipo- od aclorurata riguardano:

1) La perdita d'acqua dei tessuti, ciò che è importante nelle tumefazioni infiammatorie, negli edemi locali e generali e nell'obesità.

2) Una azione favorevole sul rene e sui vasi.

3) Una preponderanza relativa del calcio (che si oppone all'infiammazione) deviando il cloruro di sodio dai tessuti, come venne riconosciuto anzitutto per la cute.

Sono questi gli effetti più importanti dei successi che conta la dieta di Gerson-Hermannsdorfer.

SUPERMINERALIZZAZIONE E TRANSMINERALIZZAZIONE ALIMENTARE.

Il timore della submineralizzazione ha portato ad aumento nella somministrazione di minerali e specialmente alla così detta transmineralizzazione, cioè alla sostituzione di determinati anioni a kationi con altri che si ritengono più utili. L'idea non è affatto nuova; però, il successo dei tentativi di transmineralizzazione dipende da molte circostanze accessorie che non sono affatto trascurabili.

È diretta a tale scopo la dieta di Sauerbruch ed Hermannsdorfer, la quale ha reso notevoli servigi, specialmente per la guarigione delle ferite, ma non già perchè essa agisca nel senso di acidificare i tessuti, bensì per il fatto di essere ipoclorurata e di agire, quindi, deacquificando.

All'opposto di questa, la dieta di Gerson fornisce un eccesso di basi, specialmente di potassio ed è discutibile che essa possa agire opponendosi all'infiammazione. Secondo qualche autore, la dieta con eccesso di basi avrebbe anche il vantaggio di poter abbassare il minimo di albumina necessario, teoria che è discutibile. Ad ogni modo, anche se essa fosse giusta, chi ci dà il diritto di ritenere che tale dieta permetta una maggiore prestazione dell'organismo e non già, invece un abbassamento dell'energia endocrina e protoplasmatica? È da augurarsi che la così detta dieta con eccesso di basi sia presto dimenticata e non venga adottata come base dell'alimentazione libera delle masse.

IL FABBISOGNO DI ALBUMINA.

Vecchia questione questa, che si è creduto risolvere con l'introduzione del concetto di dieta limitata o moderata, intendendo come tale quella che fornisce 60-90 grammi al giorno. Ma le due correnti d'idee in proposito continuano, l'una desiderando di abbassare ancora questa quantità, l'altra invece ritenendo necessario di alzarla. Per l'abbassamento stanno i vegetariani puri, quelli che auspicano una dieta cruda; anche la dieta di Gerson è basata su questo principio.

Si comprende che i medici debbano spesso prescrivere ai loro malati una dieta povera di albumine, ma non già che si voglia somministrare tale dieta quando non è necessario. Ed appare un enigma quanto asseriscono i neuropatologi che la dieta povera in albumine e, specialmente, in carne sia un mezzo curativo per i neuropatici, mentre probabilmente essa agisce solo in senso suggestivo.

Non si discute ormai più che un consumo medio ed anche scarso di albumina possa non danneggiare i singoli individui, entrando in questo una specie di equazione personale. Ma non è affatto sicuro che tale dieta possa essere sopportata ed utile per tutti. La storia ha dimostrato che i popoli dominatori sono sempre stati grandi consumatori di albumina. Anche da noi (in Germania), il sano istinto popolare non è mai andato errato attribuendo all'albumina un'azione fortificante. E che, del resto, nonostante ogni opinione in proposito il desiderio di una dieta più ricca in albumina sia aumentato lo dimostra il maggior consumo di carne che si è avuto dopo la guerra.

SEGALE O FRUMENTO?

La questione (che è una questione nazionale per la Germania, maggiore produttrice di segale; *N. del red*). è connessa col consumo di albumina. In confronto del frumento, la segale ha un minor valore nutritivo, per il minor contenuto in albumina e per la più scarsa utilizzazione di questa; inoltre, è un fatto che in certi stati patologici gastro-intestinali, il frumento è meglio sopportato che la segale.

Ma tutto questo non ha certamente influito sulle preferenze popolari per il frumento, che sono state determinate dalla moda e che, specialmente per il maggior consumo di pane, hanno causato una vera catastrofe economica. Per questo, l'A. ritiene un dovere nazionale per i medici tedeschi di favorire il consumo della segale, pure riservando il frumento per i malati.

IL CAFFÈ.

La concessione o meno del caffè ad individui malati è questione di patologia e di terapia, mentre qui si considera soltanto il consumo da parte delle masse. Anche se da parte di qualcuno se ne fa un consumo esagerato, l'uso del caffè, nell'alimentazione del popolo, non è da rigettare, soprattutto perchè quanto più caffè o tè si usa, tanto meno si consumano bevande alcooliche. Per quanto riguarda le questioni di economia nazionale, nel senso che con l'acquisto del caffè si esportano danari all'estero, si può osservare che la maggior parte del costo del caffè è dato, non già dal prezzo di acquisto, quanto dalle dogane e dai guadagni dei commercianti. Del resto, con l'uso dei surrogati, specialmente del caffè-malto, si ovvia a tutti gli inconvenienti.

LE VITAMINE.

Tutte le forme di dieta mista forniscono una sufficiente quantità di vitamine, specialmente:

1) se non si getta l'acqua di cottura dei legumi;

2) se si fa uso, come fanno i popoli meridionali, di insalate e frutta crude;

3) se si consumano latte e latticini in abbondanza;

4) se si fa uso di una dieta variata, sia per i sani che per i malati;

5) se si evita un consumo eccessivo di conserve mal preparate. Secondo l'A., vi sono conserve (tedesche) che contengono abbondanti vitamine.

Nei manuali di culinaria, si insegna il modo di preparare le vivande conservando le vitamine. Ma, anche in questo campo, non si deve esagerare. Attualmente, si è manifestata un'avidità di vitamine e Gerson, con la sua dieta, arriva a dare, secondo la sua espressione, un'*inondazione* di vitamine. In verità questo volere *inondare* l'organismo, indica una scarsa fiducia sull'azione, ancora in parte avvolta nel mito, delle vitamine, in quanto che, se fossero realmente attive, il darne una quantità eccessiva non potrebbe che portare dei danni. Del resto recenti ricerche hanno messo in luce i danni nutritivi che possono provocare delle quantità elevate di ergosterina irradiata, mentre i lavori di Caspari dimostrano che, con l'abbondante somministrazione di vitamina A e B, aumenta in modo notevole l'accrescimento dei tumori.

La *dieta cruda*, che ora viene guadagnando terreno incontra non poche difficoltà, da quella di potere ottenere gli alimenti come si desiderano a quella del loro consumo; inoltre l'introduzione di essa come alimentazione popolare finirebbe col dare un impoverimento di albumina. Un altro fatto da considerare seriamente è la continua ed estrema scarsezza di sale connessa con la dieta vegetariana cruda; sugli effetti di questa non possiamo per ora pronunciarci, ma potrebbe dare un giudizio, e sul proprio corpo, la generazione prossima o quella ulteriore.

Indubbiamente, il movimento per la dieta cruda è stato di una certa utilità, opponendosi ad un'eccessiva introduzione di sale e favorendo l'uso di insalate e frutta cruda, che sono giovevoli contro l'obesità.

LA DIETA IN ALCUNE MALATTIE.

Tubercolosi. La cura d'ingrassamento, usata un tempo, era certamente nociva, come lo stesso A. ha dimostrato fin dal 1900; oggi tutti lo riconoscono. Quello che appare strano è che, ora, si tenda a limitare gli idrati di carbonio, come si fa per i grassi, consiglio che urta contro la lunga pratica dei medici anziani. Io ritengo, continua l'A., che evitando qualsiasi esagerazione in riguardo ad ogni alimento, una dieta in cui siano dati con equilibrio sia i grassi che i carboidrati, risponda bene, non soltanto alle esigenze energetiche, ma anche per il rifacimento organico.

Reumatismo articolare. Nelle tumefazioni delle parti molli anche di natura acuta e, quindi, anche nelle malattie articolari risponde bene la dieta aclorurata, come nelle malattie cutanee; ne vengono influenzati, sebbene lentamente, anche i versamenti articolari.

Nelle *malattie infiammatorie acute*, è raccomandata la dieta di pura frutta, che corrisponde alle vecchie dottrine mediche.

È molto utile un'alternanza della dieta, nel senso di seguire dapprima per un certo tempo una determinata dieta rigorosa, passando poi ad una più liberale, che si può interrompere un paio di volte la settimana con la dieta stretta. Questo vale specialmente per la dieta ipoclorurata, ma va bene anche per l'individuo sano.

CONCLUSIONI.

Il nostro discorso ci ha portato su vasti campi. È nello spirito del nostro tempo di esagerare e sopravalutare non solo ciò che è nuovo, ma ciò che sembra nuovo. Poichè, nella formazione della dieta per le masse ed anche per i malati, si tratta di questioni di grande importanza per la salute del popolo, è ne-

cessario un ammonimento che noi medici ci dobbiamo guardare bene di accettare subito per buono ciò che è nuovo o che tale ci appare e che specialmente per ciò che riguarda l'alimentazione del popolo, non dobbiamo mai astrarre dallo sviluppo storico di questo e dall'esperienza secolare.

E soprattutto, i medici tedeschi si debbono guardare dal concedere un diritto di autonomia ad alcune diete recentemente proposte (1) prescrivendole senza matura riflessione. È il solo medico che deve essere giudice se un malato di ulcera, di appendicite si debba o non operare. Con la stessa accuratezza e precisione e con lo stesso senso di responsabilità, il medico deve decidere la scelta di un metodo dietetico. Noi, conclude l'A., che siamo stati precursori della terapia nutritiva, ne riconosciamo la grande efficacia e le difficoltà che si incontrano nel deciderla e nell'adattarla a dovere. Evitiamo di renderci schiavi di un metodo dietetico, che potrebbe portare ad errori della più grave portata! *fil.*

(1) Specialmente quella di Gerson tanto strombazzata.

SUNTI E RASSEGNE.

SEMEIOTICA.

Sui cosiddetti "stati premorbosi".

(U. Masucci. *Morgagni*, n. 3, genn. 1931).

Le attuali ricerche cliniche e biologiche hanno portato in questi ultimi tempi un notevole contributo alla semiologia nello svelare i processi morbosi al loro inizio, e prima che si siano stabilite le sistematiche alterazioni organiche, che definiscono una malattia.

Gli esempi sono numerosi, il più chiaro è rappresentato dalla diagnosi della tubercolosi la quale si può stabilire molto prima che si pronunzino alterazioni gravi, e con grande profitto della terapia. Ma anche nelle altre malattie le moderne ricerche di laboratorio possono mettere in evidenza quegli stadi in cui non è ancora confermata la malattia, pur non essendo l'organismo del tutto sano. Questi limiti tra lo stato fisiologico e patologico sono importanti ai fini della lotta contro le malattie, e prima che la terapia non sia più sufficiente a modificare le alterazioni organiche.

Gli esempi non mancano: gli studi recenti sul diabete hanno mostrato l'importanza delle ricerche biochimiche, le quali, svelando una silenziosa iperglicemia, hanno suggerito la cura per prevenire lo scoppio d'un grave diabete; anche nelle emopatie abbiamo gli elementi per poter sospettare d'una lesione in preparazione, prima che i segni d'una leucemia, di un'anemia perniciosa siano nettamente confermati.

Similmente le ricerche sulla funzionalità dei diversi organi: funzionalità epatica, renale, possono svelare una insufficienza ancora latente, e che non tarderà a manifestarsi con grave sintomatologia.

E si potrebbero ancora portare esempi di questo cosiddetto « stato premorboso », il quale deve essere inteso, nelle sue linee generali, come un turbamento delle più intime funzioni d'un organo, e che accentuandosi sempre più, oltrepasserà i confini fisiologici per entrare in quelli patologici.

Volendo quindi dividere gli stadii delle malattie a decorso cronico secondo un criterio pratico, si hanno i seguenti gruppi:

1) Stadio « impropriamente detto premorboso ». Consiste nei primordiali perturbamenti funzionali d'un organo, che precede l'insorgere delle prime, decise manifestazioni cliniche di una malattia dell'organo stesso.

Questo stadio può essere svelato dai metodi di esame funzionale, perchè non la semeiologia fisica, ma quella biochimica può fornire il criterio dell'iniziale perturbamento.

2) Stadio iniziale della malattia. In questo periodo i fini segni fisici, le indagini biologiche e gli altri metodi di laboratorio sono sufficienti a far porre una diagnosi clinica ancora al suo stadio iniziale.

3) Stadio della malattia conclamata. In questo periodo i classici segni dei quadri clinici delimitano la diagnosi clinica. È in questo stadio che la terapia si trova in una condizione d'inferiorità, e spesso riesce inefficace a combattere le lesioni organiche già sistematizzate. L. Carusi.

ORGANI DIGERENTI.

Affezioni associate all'acloridria.

(J. F. Wilkinson e T. H. Oliver. *Lancet*, 16 gennaio 1931).

L'acloridria si riscontra quasi costantemente nell'anemia perniciosa e nella sclerosi postero-laterale del midollo spinale, e nel carcinoma gastrico.

Nelle infezioni lo stesso disturbo è stato accertato da molti autori. Nel tifo l'acloridria è stata trovata nel 25-50 % e l'ipocloridria nel 35-50 % dei casi. Nella tubercolosi polmonare diventa sempre più accentuata e più frequente con il progresso della malattia, fino a trovarsi nel 75 % dei casi nelle fasi avanzate del male. Nella malaria è stata riscontrata nel 26 per cento dei casi e spesso persiste per tutta la vita.

A parte ciò si discute ancora se l'acloridria sia un fatto congenito o acquisito. Per alcuni autori sarebbe un disturbo costituzionale con-

sistente in una debolezza funzionale della mucosa gastrica o dipendente da disfunzione nervosa. Per altri sarebbe sempre consecutiva ad un processo infiammatorio che condurrebbe ad un'atrofia della mucosa.

Da indagini fatte su gran numero di lavoratori risulta che la frequenza dell'acloridria o dell'ipoacidità aumenta con l'età. Questo fenomeno è stato attribuito a varie cause: intossicazioni, agenti irritanti, atrofia senile, intemperanza alimentare, alcoolismo, insufficiente masticazione degli alimenti, ecc.

Le ricerche fatte dagli autori su 100 malati hanno dimostrato che la diminuzione e l'assenza di acido cloridrico è molto più comune di quel che generalmente si crede, e può essere associata con molte affezioni con le quali sembra a prima vista che non abbia alcun rapporto.

I casi studiati possono essere divisi in cinque gruppi:

1) Nelle affezioni caratterizzate da disturbi gastro-intestinali, diarrea ricorrente, dispepsia flatulenta e neurastenia, la presenza di acloridria è presso che costante. Nei 53 casi esaminati si trovò 25 volte acloridria e 18 volte ipoacidità. Nei 28 casi trattati con una mistura di pepsina e acido cloridrico in capo ad un periodo di 6-24 mesi si ebbe la guarigione in 24 casi, il miglioramento in 2 casi, nessuna modificazione in un caso, ed in uno, infine si ebbe la morte per atrofia epatica subacuta.

2) Il secondo gruppo comprende 25 casi nei quali i sintomi prevalenti erano la lingua impaniata o una stomatite ulcerativa. I disturbi gastro-intestinali possono essere presenti o non. L'esame del succo gastrico fece rilevare in 9 casi achilia, in 6 ipocloridria, in 7 acidità normale e riduzione dell'attività peptica, ed in 3 iperacidità. Di questi casi 19 furono trattati con mistura di pepsina e acido cloridrico. Dopo 4-18 mesi dall'inizio della cura sei pazienti con achilia erano del tutto guariti, di cinque pazienti con ipocloridria quattro guarirono, l'altro, che fece una cura discontinua, lamenta dispepsia flatulenta; di due casi con acidità normale e riduzione dell'attività peptica si ebbe il miglioramento in uno.

3) Il terzo gruppo comprende 6 pazienti con lesioni cutanee e disturbi gastro-intestinali o sintomi di glossite. Si trovò l'achilia in quattro casi, ipocloridria in un uno ed ipercloridria nell'altro. Meno che in quest'ultimo tutti i disturbi scomparvero in seguito alla cura con mistura di pepsina e acido cloridrico.

4) Su cinque casi di artrite reumatoide, in uno si riscontrò diarrea ed ipoacidità e negli altri quattro fatti antecedenti di glossite ed in altro achilia o ipoacidità. In altri sei casi si riscontrò una volta achilia; 3 volte ipoacidità e due volte acidità normale. Tutti risentirono miglioramento sia nello stato generale che nei fatti articolari dall'uso di acido cloridrico.

5) Il quinto gruppo comprende dieci casi di deperimento generale ed anemia secondaria senza cause apparenti. In quattro si riscontrò achilia ed in altri quattro ipocloridria. La somministrazione di pepsina e acido cloridrico produsse notevole miglioramento, che scompariva con la sospensione della cura.

DR.

L'autovaccinazione nelle coliti gravi.

(SURMONT e BUTTIAUX. *Presse Méd.*, n. 57, 1930).

Gli autovaccini preparati con germi isolati dalle feci non hanno i requisiti per un'efficace terapia perchè il 95 % dei germi nelle feci son già morti e perchè l'isolamento del germe maggiormente responsabile può essere impedito dallo sviluppo rapido e invadente di altri gruppi microbici. Per tali ragioni gli AA. preparano l'autovaccino con germi isolati dal materiale prelevato direttamente dalle lesioni ulcerative (piccoli frammenti di mucosa) per mezzo della rettoscopia.

Il malato viene purgato il giorno precedente e sottoposto a clistere prima della rettoscopia. Questa e il prelevamento del materiale vengono fatti nelle migliori condizioni di asepsi. Insemenzamento diretto del materiale prelevato in terreni aerobici e anaerobici.

Isolamento dei vari germi di cui l'importanza patogena viene saggiata con l'intradermo-reazione, agglutinazione, deviazione del complemento, inoculazione agli animali. I germi riconosciuti patogeni vengono insemenzati in terreni liquidi e lasciati in termostato per 8-10 giorni. Le culture totali vengono omogenizzate in agitatore e quindi filtrate per candela Chamberland L_3. Al filtrato si aggiunge 1.000.000.000 di corpi batterici attenuati con l'iodio, e si ripartisce in 14-16 provette da 5 cc. Somministrazione *per os* del contenuto di una fiala in veicolo oleoso (olio commestibile comune) tutti i giorni per una settimana, indi a giorni alterni per due settimane.

Ripetere la cura 2-3 volte con qualche settimana d'intervallo.

Su 109 casi curati in tal modo e seguiti, alcuni da più di 3 anni, gli AA. hanno avuto solo il 10 % di insuccessi. G. PACETTO.

Contusione addominale. Rottura completa della 3ª porzione del duodeno. Intervento. Guarigione.

(LARGET et LAMARE. *Bull. Mém. Soc. Nat. Chir.*, n. 26, 1° nov. 1930, pag. 1075).

Gli AA. operarono un uomo di 40 a., il quale riportò un trauma diretto sull'addome,

a cui era seguito un dolore vivo, sincopale, in seguito attenuatosi. Tre ore dopo il trauma l'aspetto del paziente era buono, polso normale, non febbre, non vomito. La palpazione rivelava una zona di contrattura più netta, quanto un palmo della mano, a livello della regione vescicolare. Nel resto l'addome era trattabile.

Pensando ad una lesione della cistifellea o del fegato intervennero subito (3 ore e mezzo dopo il trauma), e trovarono nulla di anormale nella cavità peritoneale; riconobbero un ematoma retroperitoneale nella regione della 3ª porzione del duodeno. Inciso il peritoneo posteriore si liberò una raccolta bilio-sanguinolenta, dipendente da una sezione del duodeno in due tronchi, immediatamente dopo dei vasi mesenterici. Chiusura dei 2 monconi ed anastomosi laterale tra duodeno e digiuno per mezzo del bottone di Jaboulay. Drenaggio con garza del cavo retroperitoneale. Chiusura del resto della parete. Guarigione.

Gli AA. ricordano che le rotture retroperitoneali del duodeno sono meno frequenti di quelle intraperitoneali. Le prime risiedono sia a livello della 2ª porzione, che sulla 3ª porzione, sia all'angolo tra 2ª e 3ª. La 2ª e 3ª porzione sono i punti di elezione. La rottura retroperitoneale risiede sulla faccia posteriore, o su quella anteriore, o molto più raramente è totale (casi di Winiwarter e di Larget e Lamare).

Si ha perciò uno spandimento del contenuto intestinale nel tessuto retroperitoneale, dietro la radice del mesocolon e del mesentere, fino a poter giungere nella fossa iliaca, nella regione inguinale.

Precede sempre un trauma violento addominale nella regione sopraombellicale, cui segue una contrattura di difesa, localizzata. A volte si ebbe ematemesi e comparsa di tumefazione profonda, sopraombellicale.

Nel corso dell'operazione colpiscono all'osservazione le condizioni normali della cavità peritoneale, e solo una ispezione attenta rivela la presenza di una colorazione verdastra e di un enfisema retroperitoneale. La rottura anteriore o totale del duodeno facilmente si scopre; ma per quella posteriore necessita lo scollamento duodenale.

La perforazione parziale è trattata con chiusura semplice, che può essere completata da una gastroenterostomia. La interruzione totale fu trattata con enterorrafia circolare, o con chiusura dei monconi duodenali e gastroenterostomia; miglior successo ha avuto la chiusura dei monconi e la duodeno-digiunostomia (Enderlen, Larget e Lamare).

Gli esiti sono tanto più favorevoli quanto più precocemente si interviene.

V. JURA.

SANGUE.

La ricerca delle perossidasi leucocitarie con il metodo al rame di Sato e la sua applicazione alla diagnosi differenziale della leucemia acuta.

(P. LAMBIN e A. LETO. *Revue Belge des Sciences Médicales*, marzo 1930).

A. Sato e S. Sekiya hanno pubblicato nel 1926 un metodo di ricerca delle perossidasi leucocitarie notevole per la sua semplicità, la sua sensibilità e la costanza dei suoi risultati.

Il metodo originale di Sato comporta l'impiego di 3 soluzioni. La soluzione A. è una soluzione di solfato di rame al 0,5 %. La soluzione B. è preparata nel modo seguente: si tritura in un mortaio gr. 0,2 di benzidina (benzidina pura) con alcune gocce d'acqua distillata, poi si aggiungono 200 gr. di acqua e si filtra; al filtrato si aggiungono 4 gocce di acqua ossigenata a 10 volumi. La soluzione C, utilizzata come colorante di fondo, è una soluzione di safranina 1 %. Conservata in flacone scuro e nell'oscurità, la soluzione B. mantiene la sua attività da uno a sei mesi, per quanto si formi assai presto un precipitato. Conservata alla luce, essa comincia a perdere un po' della sua sensibilità dopo una diecina di giorni.

Gli strisci di sangue sono, dopo rapido essiccamento, trattati con la soluzione A per 1-2 minuti, poi per due minuti con la soluzione B. e per 1-2 minuti con la soluzione C. È inutile lavare passando da una soluzione all'altra ma è bene sciacquare energicamente alla fine per allontanare gli eventuali precipitati. I grani perossidasici si colorano in bleu verdastro, i nuclei ed i protoplasmi basofili in giallo-arancio. I preparati si conservano per molti mesi. Gli strisci non devono essere vecchi. Nei casi in cui il numero delle cellule dello striscio è molto considerevole, come avviene generalmente nelle leucemie, la reazione può risultare solo moderatamente positiva, anche se si prolunga il tempo di contatto con la soluzione B.; in questi casi si otterrà una colorazione più intensa dei granuli perossidasici rinnovando parecchie volte il reattivo.

L'A. ha eseguito delle esperienze utilizzando questa reazione per l'identificazione dei diversi tipi cellulari del sangue leucemico. Egli ha concluso che la ricerca delle perossidasi è utilissima per la diagnosi differenziale delle leucemie acute. Con la tecnica di Sato, i monociti del sangue umano normale danno, come i neutrofili e gli eosinofili, una reazione positiva. I linfociti ed i plasmociti linfocitari come le Mastzellen danno una reazione negativa.

Fra gli elementi immaturi della serie mieloide, le cellule contenenti delle granulazioni

specifiche o azzurrofile non sono le sole a dare una reazione positiva. Le cellule non granulose che rispondono al tipo morfologico del mieloblasto di Naegeli (emocitoblasto di Ferrata) e del leucoblasto di Pappenheim possono dare una reazione positiva. I granuli perossidasici sono però in esse meno numerosi che nelle cellule precedenti e si trovano raggruppati di preferenza attorno alla centrosfera.

Bisogna distinguere, fra le cellule del tipo emocitoblastico di Ferrata, delle cellule perossidasi-negative, indifferenti e delle cellule perossidasi-positive, differenziate nel senso mieloide.

La comparsa di granuli perossidasici deve essere considerata come il segno più precoce della elaborazione di granulazioni specifiche da parte del sistema vacuolare.

La ricerca delle perossidasi nel sangue dei leucemici acuti è un utile complemento dei metodi di colorazione classica, poichè essa permette spesso di apprezzare nel modo più esatto il grado della differenziazione delle cellule linfoidi indifferenti nel senso mieloide.

C. TOSCANO.

Contributo anatomo-patologico alla critica della terapia epatica nell'anemia perniciosa.

(TH. FAHR. *Deut. med. Woch.*, 2 genn. 1931).

In un lavoro comparso nello scorso anno, l'A. osservava che, da quando era stata introdotta la terapia epatica, erano venuti scomparendo, al tavolo anatomo-patologico, i casi di anemia perniciosa. Purtroppo, tale giudizio non è stato confermato dalle osservazioni seguenti, in quanto che il numero dei casi (13) nel 1929 oltrepassò quello di ciascuno degli anni precedenti (11) e non accennò a diminuire nemmeno nel 1930 (11 casi nei primi 10 mesi).

Ciononostante, non si può negare che la terapia epatica abbia influenzato in modo decisivo il quadro dell'anemia perniciosa ed inoltre ci ha condotto a considerare la questione patogenetica sotto un altro punto di vista.

Anzitutto, i clinici, si sono occupati di vedere se realmente la terapia epatica può guarire l'anemia perniciosa. Parecchi autori hanno recentemente riferito degli insuccessi, di cui alcuni sono spiegabili con una cura fatta non troppo bene, mentre altri vengono riferiti al mancato effetto della cura stessa.

Dal suo canto, l'anatomo-patologo tiene conto dei casi che vengono alla sua osservazione; lo studio di questi, completato con i dati della clinica, potrà permettere di farci un'idea chiara in proposito.

Il materiale a disposizione dell'A. comprende 24 casi, di cui 12 possono senz'altro essere esclusi perchè il trattamento fu, evidentemente insufficiente; altri 5 casi vennero trattati per un periodo troppo breve.

In un gruppo di 6 casi, si ebbe sul principio una remissione notevole nel quadro sanguigno, ma essi morirono in seguito a complicazioni (broncopolmonite, embolia polmonare, colecistite, sepsi, pielonefrite) che si sono impiantate sopra una midollosi funicolare. Questa fu osservata 5 volte nei predetti 6 casi e non venne affatto influenzata dal trattamento.

Queste osservazioni ci portano a riconoscere che l'anemia perniciosa non può essere considerata come un processo univoco. Si tratta, invece, di un complesso di processi patologici, per cui si può avere: 1) *la lesione sanguigna* che forse va riferita a carenza di una sostanza importante per gli eritrociti (quindi ad un'avitaminosi); 2) *modificazioni degli organi d'indole tossica*, che si possono trovare in alcuni casi nel fegato ed, in altri, nel midollo, sotto forma di midollosi funicolare. Fra queste modificazioni tossiche degli organi (fra cui anche la midollosi funicolare) ed il grado della lesione del sangue, non si ha parallelismo. Spesso, anzi, si ha il contrario, cioè una midollosi gravissima con un quadro sanguigno poco alterato, od invece, alterazioni gravissime del sangue senza midollosi. Entrambi i processi, non starebbero in reciproca dipendenza, ma solamente l'uno accanto all'altro.

Analoghi concetti sono stati espressi da Seyderhelm, il quale ritiene però che il quadro dell'anemia perniciosa si sia venuto modificando sotto l'influenza della cura epatica, nel senso che viene eliminata l'anemia e si ha invece una mielo-encefalo-tossicosi.

L'A. osserva che la mielosi non è costante; accanto ad alcuni casi, in cui essa appare predominante, ve ne sono altri atipici, altri, infine, nei quali la terapia epatica fallisce del tutto.

In complesso, però, non si può misconoscere che la terapia epatica ha un effetto favorevole. In individui morti per malattia intercorrente, si è pouto assodare un'evidente retrocessione delle modificazioni del midollo osseo, del cuore e del fegato, che sono caratteristiche dell'anemia perniciosa. Questo effetto riguarda però soltanto le lesioni del sangue e degli organi con esso connessi, poichè vi sono dei casi che, nonostante il miglioramento del quadro sanguigno sono morti per lesioni tossiche di organi, le quali erano indipendenti dalla lesione sanguigna e non sono state influenzate dalla terapia epatica. Particolarmente importante, sotto tale punto di vista, è la mielosi funicolare che, in alcuni casi, predomina e porta a morte, pure avendosi scarse modificazioni del sangue. Essa non è influenzata dalla terapia epatica, la quale, talvolta fallisce anche nel suo effetto sul quadro sanguigno. Rimane

ancora aperta la questione di migliorare la tecnica della cura e di vedere se ed in quanto le possibili complicazioni hanno effetto su di questa. *fil.*

L'innesto auto-plastico di sangue nelle cavità ossee.

(E. LEO. *La Chirurgia degli organi di movimento*, vol. XIV, Fasc. 6°).

L'A. fa notare quanto sia penosa e lunga la guarigione di cavità ossee residue a resezioni ossee per processi suppurativi di lunga durata, non specifici. Ciò l'A. attribuisce a condizioni anatomo patologiche dell'osso circostante la lesione che è divenuto, per lo stimolo subdolo, continuo del processo suppurativo, sclerotico eburneo; non solo ma lo attribuisce ancora al decorso post-operatorio per le medicazioni frequenti a base di antisettici, per gli eccitamenti locali (tipo raschiamento) che convergono a rendere più viva quella lenta irritazione dell'osso manifestantesi con aumento progressivo della sostanza inorganica a detrimento della midolla ossea.

Non potendosi evitare quanto è dovuto alla suppurazione lenta, si può cercare di evitare quanto è dovuto alla irritazione della cura consecutiva, intento cercato di realizzare con mezzi atti a sopprimere la cavità ossea residua dell'atto operativo.

L'A. ricorda l'uso fatto di sostanze inorganiche a scopo di piombaggio, e l'uso di sostanze organiche come innesti o come trapianti, soffermandosi sui diversi tipi di questi ultimi e sui relativi risultati.

L'A. pensa che il miglior tipo di innesto sia quello eseguito (sec. Schede) mediante il sangue fatto versare nella cavità ossea residua. Il metodo del coagulo sanguigno imbottitore caduto in disuso, non ostante il suo impiego con aggiunta di sostanze antisettiche, era caduto in disuso per i processi di sepsi a cui si era accompagnato.

L'A. riferisce due casi da lui trattati facendo fluire, per gemizio dalle pareti della cavità ossea, il sangue nella cavità residua da sequestrectomia e raschiamento accurato e chiudendo le parti molli con piani a punti staccati lasciando un piccolo drenaggio di garza bianca all'estremo inf. della ferita. Si trattava nei due casi di osteomielite cronica della tibia. Seguì guarigione per prima. L'A. riporta le imagini radiografiche eseguite a distanza di tempo ed in cui è visibile il ristabilimento perfetto della continuità ossea avvenuto forse con organizzazione del coagulo ed infiltrazione di soli calcarei.

L'A. raccomanda il drenaggio di garza utile per drenare l'eccesso di sangue che infiltrerebbe i tessuti, e la scelta dei casi, riservandola ai processi infiammatori a carattere cronico non specifico. G. D'ANNEO.

Casi di morte dopo trasfusione di sangue.

(H. WILDEGANS. *Deut. med. Wochens.*, 28 nov. 1930).

Negli ultimi anni, si è avuto un enorme aumento nel numero delle trasfusioni sanguigne, che ora si vengono facendo con tutta fiducia, pensando cioè soltanto al lato positivo, cioè ai benefici di esse, senza por mente ai possibili pericoli. E questi esistono, avendosi 1-2 casi di morte per ogni 1000 trasfusioni. Nè sembra che le prove preliminari sui gruppi sanguigni abbiano sortito un grande effetto, poichè nell'epoca antecedente a queste, la mortalità si calcolava ugualmente all'1-2 ‰ e le reazioni gravi si osservavano nella stessa proporzione di oggi, del 5 %.

Sulle cause di morte dopo trasfusione mancano idee precise; i rapporti circostanziati e specialmente le autopsie, sono estremamente rare. L'A. ha avuto notizia di circa 100 morti in seguito a trasfusione. Da questi, sono anzitutto da escludere le morti che non sono conseguenza diretta della trasfusione; questa, di fatto, si pratica in condizioni in cui la vita è spesso in pericolo e si comprende che si possa avere la morte per malattia originaria e non già per la trasfusione.

Uno studio critico delle morti da trasfusione deve occuparsi anzitutto degli errori evitabili e secondariamente delle fonti di pericolo che non si possono escludere con sicurezza.

Appartengono agli *errori evitabili* lo scambio del donatore in due trasfusioni successive e, soprattutto, gli errori nella determinazione dei gruppi sanguigni. Questi ultimi sono spesso derivati dalla eccessiva fiducia nella conservabilità dei sieri agglutinanti messi in commercio.

L'alterazione si produce facilmente quando vi sono delle impurezze nella fialetta, o quando questa è esposta al sole oppure quando la provetta contiene delle tracce di alcali od il vetro stesso reagisce alcalino. A questo pericolo si ovvia, facendo sempre, prima della trasfusione una prova in parallelo, mescolando cioè le emazie del donatore con il siero del ricevitore. Errate letture positive, si hanno talora per la pseudoagglutinazione (più frequente nella prova sul portaoggetti, rara invece in quella con la provetta). Gli errori, in senso negativo come positivo, si hanno specialmente nelle anemie gravi, quando l'isoagglutinina è scarsamente sviluppata o le emazie reagiscono poco.

Indubbiamente, si osservano delle deviazioni dagli schemi dei gruppi. Sono noti i tipi difettosi, in cui manca una vera *qualità* del sangue; così, in presenza della sostanza agglutinabile *O*, può mancare l'agglutinina alfa, mentre, secondo la regola di Landsteiner, si dovrebbero avere alfa e beta. In un esempio riferito da Traum, si aveva un sangue del

gruppo A/B, che si comportava come quello del gruppo B, contenendo l'agglutinina anti-A (alfa).

Le deviazioni dagli schemi dei gruppi hanno anche interesse pratico. Così, un sangue si comporta del gruppo B come ricevitore, mentre appartiene a quello A/B come donatore. Landsteiner e Levine hanno recentemente riconosciute le nuove sostanze sierologiche del gruppo: M; N; P, per le quali non esistono anticorpi nel sangue umano.

Finora, l'esperienza ha insegnato che è necessario che le emazie del donatore non vengano agglutinate dal siero del ricevitore, ma che l'agglutinazione delle emazie di questo da parte del siero del donatore va considerata come innocua. È certo però che il siero del donatore può, in qualche circostanza, agire da agglutinante; si può avere allora una catastrofe se il sangue del donatore non viene sufficientemente diluito in quello del ricevitore, ciò che può verificarsi quando si tratta di individui molto dissanguati e nelle anemie, primarie o secondarie, in cui la quantità di sangue è di molto ridotta.

Sarebbe quindi utile potere fare una prova di orientamento sulla quantità totale di sangue del ricevitore. Un apprezzamento approssimativo di questa si può avere quando la trasfusione è stata preceduta da iniezioni endovenose di soluzione fisiologica o zuccherina. L'aggiunta di acqua induce una diminuzione dell'emoglobina. Se, p. es., questa, in precedenza era del 30 % e dopo l'iniezione endovenosa di 800 cmc. era ridotta al 25 %, si ha l'equazione:

$$M + 800 : M = 30 : 25,$$

quindi, M (Massa sanguigna) = 4000.

Valori più precisi si ottengono determinando, prima e dopo l'infusione, la capacità per l'ossigeno ed il contenuto in acqua del sangue. Le ricerche fatte in tal senso dall'A. hanno dimostrato che la quantità totale del sangue, diminuisce con quella delle emazie, nelle anemie.

La quantità del sangue è una grandezza variabile che oscilla entro vasti limiti, in condizioni fisiologiche e patologiche. Se essa è di molto ridotta, diventa necessario determinare con precisione il titolo agglutinante del donatore. È un fatto però che il sangue, già con scarse diluizioni, perde le sue qualità agglutinanti ed emolizzanti, ma bisogna anche tener presente che si possono avere valori di agglutinazione di 1/250.

Per essere sicuri, si deve procedere, prima della trasfusione alla determinazione sia della quantità totale del sangue del ricevitore (spesso ridotta a 2-3 litri) sia del titolo agglutinante del siero del donatore e procedere con molta cautela quando si deve introdurre una quantità di sangue che sia più di 1/5-1/6 di quella totale del ricevitore e si eviterà sempre di introdurre una quantità eccessiva di sangue.

Un caso di morte dovuta a tali condizioni è stato riferito da Halter in una donna con coma uremico, nella quale si ebbe emolisi a causa della scarsa quantità totale di sangue di essa e dell'alto titolo agglutinante del donatore.

Possono dare facilmente emolisi i sangui dei così detti donatori universali, particolarmente quando il ricevitore ha delle lesioni del sistema sanguigno e si trova in stato di cachessia. In tali casi, è consigliabile di non usufruire dei donatori universali e ricercare invece individui dello stesso gruppo. Anche con questi, però non mancano casi di morte o di gravi reazioni, specialmente nei gruppi II/II (A:A), mentre sono più rari nella combinazione IV/II (O/A).

Tali casi di disturbi negli individui dello stesso gruppo sono di malagevole spiegazione. Si può pensare all'autoagglutinazione, quale si osserva nell'ittero emolitico, nella polmonite, nell'anemia, la cachessia, la sifilide. Quando si ha un sospetto in questo senso e si vede, p. es., che già nel Thoma-Zeiss le emazie si agglutinano, si precederà alla prova dell'autoagglutinazione, mescolando il siero, con una goccia di sangue fresco.

L'autoagglutinazione e l'auto-emolisi, si spiegano agevolmente pensando che queste possono aversi in un paziente con la iniezione del proprio sangue.

È poi da ricordarsi il fenomeno di Thomsen della panagglutinazione, che può verificarsi nelle batteriemie e nelle suppurazioni croniche, pure avendosi gli stessi gruppi sanguigni.

I casi di morte in individui in cui si è trasfuso sangue dello stesso gruppo fanno dubitare che ne siano l'unica causa l'agglutinazione o l'emolisi e fanno pensare che la suddivisione in gruppi dei diversi tipi di sangue abbia più interesse teorico-scientifico che pratico.

Ad ogni modo, si può ritenere che con la determinazione dei gruppi e la prova diretta e crociata non siano esaurite tutte le possibilità di determinazione delle reazioni sanguigne.

EFFETTI DELLA CRISI EMOLITICA.

La crisi emolitica acuta si ha, generalmente, subito dopo la trasfusione. Si può invece avere una crisi transitoria 1-4 ore dopo la trasfusione, dovuta sia ad emolisi tardiva, sia a prodotti albuminoidei tossici. La rapidità della comparsa dell'emolisi dipende dalla capacità di reazione del ricevitore e viene determinata dal grado delle lesioni del sangue iniettato.

I prodotti tossici attaccano il cervello medio, il talamo ottico e la sostanza grigia cen-

trale del III ventricolo nei gangli basali, determinando « shock » e collasso.

Quando si tratta di pura azione di corpi proteinici, si ha anche emoglobinemia, emoglobinuria e notevole diminuzione del numero delle emazie, dei leucociti e delle piastrine. L'emoglobinemia si riconosce con l'esame spettroscopico del siero o con la reazione alla benzidina.

Particolari reazioni si osservano quando nel ricevitore vi sono focolai batterici manifesti o latenti; l'aumento del potere battericida, determinato dal plasma del donatore, può determinare una batteriolisi, per cui si liberano delle sostanze albuminoidi e tossiche che agiscono sia favorevolmente, sia sfavorevolmente (in caso di lesioni epatiche o renali).

La morte è dovuta a fenomeni di insufficienza degli organi lesi (reni, fegato, cuore, vasi) determinata dalle sostanze estranee liberatesi. Spesso si osserva (ed anzi questa causa sta al primo posto) oliguria od anuria che, in pochi giorni, portano a sintomi uremici, quali si osservano anche dopo le ustioni e nell'emoglobinuria parossistica, la sospensione della secrezione renale è conseguenza degli infarti di emoglobina e della chiusura dei tubuli da parte di cilindri di emoglobina; si osservano inoltre lesioni parenchimatose dei reni. Un tale stato costituisce un gravissimo pericolo di vita e soltanto eccezionalmente si può avere una retrocessione dei sintomi.

Numerose sono le osservazioni di tali casi dopo la trasfusione. Degli 8 casi descritti da Barcroft, 6 terminarono con la morte; tale autore ritiene che la causa di questa sia la chiusura dei capillari renali da parte delle emazie agglutinate. In qualche caso la decapsulazione renale d'ambo i lati potè fare scomparire l'anuria.

Secondo le osservazioni di Witts la precipitazione dell'emoglobina nei canalicoli renali si avrebbe soltanto con l'urina molto acida e concentrata, mentre con l'urina alcalina si avrebbe l'emoglobinuria, ma non la sospensione della eliminazione urinaria. Da ciò la prescrizione di fare in modo da rendere alcalina l'urina dopo la trasfusione.

Spesso, si hanno estese emorragie nelle sierose e nelle mucose; non mancano osservazioni di emorragie puntiformi nei reni e nel cervello. Tali fatti depongono per fattori tossici concomitanti e si sarebbero osservati, specialmente quando vi erano anche estese necrosi del parenchima epatico.

Il pericolo di trombosi o di embolie, in conseguenza di trasfusione sanguigna è molto scarso, quando si segua una tecnica scrupolosa; così pure non si ricorda nessun caso di morte per embolismo gassoso. Le ricerche per diminuire la coagulabilità del sangue del donatore non hanno, quindi, importanza.

Sei casi di morte sono riferiti a dilatazione cardiaca. Il sovraccarico del circolo e l'improvvisa paralisi del miocardio, quando esistono lesioni di questo o delle valvole, costituiscono un grave pericolo, in quanto che una quantità di sangue troppo elevata ed introdotta troppo rapidamente porta ad un forte aumento di lavoro da parte del cuore. Si impone, quindi, la massima cautela, quando si tratti di casi con lesioni cardiache o quando vi sia la minaccia di uno scompenso. Nella polmonite, si può avere l'edema polmonare.

Mancano, purtroppo, su tale argomento, dei dati anatomo-patologici precisi; anzi, vi sono stati dei casi in cui nessuna lesione macroscopica potè essere dimostrata, come conseguenza diretta della trasfusione. Ad ogni modo, il pericolo è tanto più grave se esistono già delle lesioni preesistenti.

I casi di morte sono più frequenti nei casi di malattie del sangue e di sepsi, che dopo emorragie acute ed anche (nonostante quanto si è detto in contrario) dopo la trasfusione del sangue al citrato che dopo quella diretta; non si hanno differenze con i diversi metodi di quest'ultima.

La trasmissione di malaria o di sifilide, nonostante la massima cura, è avvenuta in qualche caso, ma non ha mai provocato la morte. È interessante il notare che il decorso della sifilide si ha nello stesso modo quando la trasmissione avviene per via sanguigna che quando si fa con la lesione primaria.

Con le ripetute trasfusioni, si può avere lo sviluppo di fenomeni anafilattici, che possono evitarsi scegliendo diversi donatori appartenenti agli stessi gruppi sanguigni.

Una questione molto dibattuta è quella riguardante i rapporti fra agglutinazione ed emolisi, specialmente nel senso di conoscere se la prima indichi sempre la seconda. La copiosa esperienza fatta nella trasfusione lascerebbe molti dubbî in proposito, osservandosi che si può avere l'emolisi, senza precedente agglutinazione. Se ciò fosse realmente, ne verrebbe la conseguenza di rivolgere maggiore attenzione di quanto si è fatto finora, all'emolisi, nelle prove preliminari per la trasfusione.

fil.

PROBLEMI D'ATTUALITA'.

La funzione del patologo clinico.

In un recente discorso tenuto da A. H. Sanford (*The Journ. of the Am. Assoc.*, n. 20, 1930) per l'inaugurazione della Sezione di Fisiologia e Patologia nella XXVIII Sessione dell'Associaz. medica Americana a Detroit, l'O. mette in evidenza le correnti di opinione che oggi regnano tra i colleghi d'America su alcuni problemi d'ordine culturale, didattico e professionale.

Il Sanford dopo aver rapidamente tracciato la storia di varii Congressi tenuti dall'Associazione, fa rilevare come la fisiologia, questa branca fondamentale della medicina, dapprima esclusa, vada invece ora prendendo sempre più piede, man mano che se ne riconoscono l'importanza e le molteplici relazioni che la legano alla medicina interna.

La fisiologia è oggi alla testa delle altre branche della Scienza medica e con essa sono in onore e in sviluppo l'istopatologia e tutte le ricerche di laboratorio.

In tal modo, in questi ultimi trent'anni, si è venuta costruendo la sagoma di quel che oggi si chiama il « patologo clinico »: è « un medico che dedica la maggior parte del suo tempo alla diagnosi delle malattie con metodi di laboratorio ». Egli è un istologo e microscopista, deve essere un parassitologo, un sierologo, un ematologo, deve intendersi un poco di chimica e di fisica, deve collaborare con i suoi colleghi internisti fornendo loro, ed interpretando, i vari dati di laboratorio.

Molti di questi clinici patologi si occupano particolarmente di anatomia patologica micro- e macroscopica: dove è possibile, debbono essere in qualche modo sottoposti alla patologia generale.

Alla fisiologia e alla chimica fisiologica il patologo clinico deve essere molto grato, perchè sono queste due scienze che gli hanno fornito i mezzi che egli oggi possiede: lo stesso si dica per la sierologia. E compito del patologo clinico è appunto il seguire i nuovi metodi e le nuove teorie che sorgono in questi varii campi, per assoggettarsi all'esperienza pratica.

Applicando i metodi del fisiologo al malato, il pat. clin. diventa un clinico; tuttavia egli non avrà mai la responsabilità della cura, e la sua attitudine verso il collega sarà quella di un semplice consulente; potrà, se lo crede necessario, richiamare il medico o il chirurgo all'osservanza dei suoi consigli.

Nello stesso tempo, e sull'uomo e sugli animali, egli può e deve intraprendere ricerche scientifiche.

In questo modo il patologo clinico viene a rappresentare l'anello di congiungimento tra i vari campi della *ricerca teorica e puramente sperimentale* e quello dell'*attuazione pratica nell'uomo*: solo un lungo e assiduo tirocinio permette di giungere a questo punto, così importante oggi che « la medicina è irrevocabilmente dipendente, per la diagnosi, dai metodi di laboratorio ».

Il « patologo clinico » risponde a princìpi di *organizzazione del lavoro medico.*

V. SERRA.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

RAMOND e JACQUELIN. *Radiologie de l'estomac et du duodénum.* Vol. in-8° di pagg. 210, con 167 fig., 2ª ediz. Maloine, éd., 1930. Frs. 35.

In una buona edizione ricca di schemi gli AA. ripresentano la loro « Radiologia dello stomaco e del duodeno ». Il libro è scritto in modo piano e piacevole e gli schemi numerosi aiutano e facilitano la lettura del testo che senza troppe citazioni (e quelle che esistono sono naturalmente in prevalenza francesi e nessuna italiana), mette al corrente di quanto oggi costituisce la radiologia dello stomaco e del duodeno. Quasi una metà del libro è dedicata alle malattie del duodeno, segno dell'importanza che ha raggiunto questo capitolo nel campo radiologico.

E. MILANI.

L. DIOCLÈS. *Téléradiographie, stéréoradiographie.* Vol. in-8° di pagg. 238. Collezione « Medicina e chirurgia pratica ». Masson, éd. Parigi, 1930. Frs. 30.

Dioclès è ben noto nel campo radiologico per i suoi studi e i suoi apparecchi nel campo della stereografia. Egli ha voluto riunire in un volumetto della Collezione Medicina e Chirurgia pratica, pubblicata dal Masson, non solo i suoi lavori sull'argomento, ma tutte le cognizioni sulla stereografia e sulla teleradiografia. Ne è venuto un volumetto interessante perchè unico nel suo genere, tanto più che la stereografia e la stereoscopia si presentano come i mezzi d'indagine radiologica dell'avvenire.

E. MILANI.

S. TURCHINI. *Travaux pratiques de physique médicale.* Vol. in-8° di pagg. 116. Masson, éd. Parigi, 1930. Frs. 14.

Il piccolo libro vuol essere una guida al medico per i suoi lavori pratici e per le sue ricerche giornaliere nel campo della fisica medica: misura dei raggi X nel campo della diagnostica e della terapia; misura del punto crioscopico; misura del metabolismo basale; misura dell'acuità visiva; misura dell'astigmatismo, ecc.

Il libro raccoglie cognizioni sparse qua e là nei trattati.

E. MILANI.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

E. RUCKENSTEINER. *Die normale Entwicklung des Knochensystems im Röntgenbild.* Vol. di pag. 80 con 63 figure e 3 tavole. Edit. G. Thieme, Lipsia, 1931. R.M. 18,60.

Sulla base di un ricco materiale clinico l'A. guida allo studio radiografico dell'evoluzione normale del sistema osseo nel periodo di accrescimento. La comparsa dei vari punti di ossificazione, il loro modo di evoluzione fino alla struttura definitiva dell'osso adulto, l'epoca di « saldamento » dei nuclei epifisari, le variazioni entro i limiti normali dello sviluppo sono oggetto di una esposizione esauriente.

L'A. è riuscito a rappresentare graficamente in curve lo sviluppo delle singole ossa in modo da derivarne delle tabelle che permettono un orientamento rapido.

L'Editore ha messo in vendita anche separatamente le grafiche. P. VALDONI.

L. PINCUSSEN. *Photobiologie.* G. Thieme, ed. Leipzig, 1930.

E' un nuovo campo per gli studi di biologia prossimo a quello della chimica fisica con cui ha comune molti punti di partenza e molti metodi di lavoro. Nel volgere di pochi anni ha già dato buoni frutti e non solo dal punto di vista puramente teorico e speculativo. Sotto questo riguardo l'esame dell'azione che le radiazioni luminose — forma di energia elettrica capace di impressionare la retina — spiegano sulle cellule animali e vegetali e sui tessuti; ha dato risultati talvolta impensati, mirabili, dimostrando quale effetto regolatore, eccitatore, simile a quello catalizzatore dei fermenti, esercitino tali radiazioni su tutti i fenomeni biochimici degli esseri viventi, e specialmente sui pigmenti, sull'accrescimento e sulla moltiplicazione cellulare, sui microrganismi e sulla formazione di sostanze difensive degli organismi ospiti, sui processi di ricambio, sugli organi a secrezione interna e sul sistema nervoso, sul sangue e sulla regolazione della temperatura.

Da un punto di vista pratico basta ricordare gli effetti terapeutici dei raggi luminosi su numerose affezioni cutanee, sulle malattie del gruppo delle avitaminosi, sulla sterilizzazione dei tessuti e degli oggetti, per trovare confermato un fatto notevole nella storia e nella scienza: che non v'è progresso nel campo teorico a cui non sia seguito un acquisto nel campo pratico. Tutto ciò è spiegato con chiarezza, metodo ed elevatezza di idee nella monografia di Pincussen, il quale sulla fine accenna agli ultimi tentativi come quello di introdurre la dottrina delle equivalenze di Einstein, la teoria dei *quanta*. Ricorda i recenti risultati della Scuola di Gurwitsch il quale avrebbe distinto dei *raggi mitogenici* capaci di influenzare la mitosi cellulare e l'accrescimento dei tessuti, risultati che, se confermati, avrebbero indubbiamente notevole importanza. V. GHIRON.

DUHET e DUBOST. *L'Ionisation et ses applications médicales.* « Les actualités physiothérapiques ». Un vol. in-8° di pagg. 104. Gauthier-Villars, éd. Parigi, 1930. Frs. 15.

La collana delle attualità fisioterapiche aggiunge un nuovo volumetto. In modo succinto e chiaro gli AA., premesse le basi dell'introduzione medicamentosa dei ioni nell'organismo e le prove sulla realtà dell'introduzione elettrolitica dei ioni nell'organismo stesso, passano allo studio fisico dell'elettrolisi e alla tecnica della ionizzazione.

Una metà del volumetto è dedicata alle applicazioni della ionizzazione, sia in patologia interna (ione, iodo, salicilico, litio, calcio, aconito), sia in patologia esterna (ioni anestetici, ione zinco, magnesio, tallio, cloro, rame). Il volume in piccola mole riunisce le cognizioni più importanti sull'argomento.

E. MILANI.

F. DESSAUER. *Zehn Jahre Forschung auf dem physikalisch- medizinischen Grenzgebiet.* Vol. di pag. 403. Edit. G. Thieme, Lipsia 1931.

Il volume raccoglie i lavori eseguiti in un decennio all'Istituto per ricerche fisiche nella Medicina di Francoforte s. Meno. È la prima pubblicazione completa di ricerche sulla genesi, la misurazione e l'effetto terapeutico degli ioni dell'aria.

Il libro è di particolare interesse per biologi, radiologi e quanti si occupano dei problemi fisici nella medicina. P. VALDONI.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Piemontese di Chirurgia.

Seduta del 7 febbraio 1931.

Presidenza: Prof. M. DONATI, presidente.

Sopra un caso di idrorachide cervicale a sindrome siringomielica, trattato chirurgicamente.

Dott. BIOLATO. — Un uomo di 48 anni presenta tutti i sintomi classici di una siringomielia datante da più di 14 anni; fu operato dal prof. Marro di laminectomia cervicale. All'atto operativo si riscontrò una raccolta di liquido rachideo sotto fortissima tensione al di sotto delle due meningi e il midollo cervicale ridotto ad un sottile nastro dello spessore di 2-3 mm., per cui non fu possibile, mancando la cavità siringomielica, eseguire l'intervento alla Puusepp.

L'operazione ha avuto effetto decompressivo ed ha portato un progressivo e notevole miglioramento dei sintomi della malattia, miglioramento che si mantiene e anzi si accentua ancora dopo sei mesi.

L'O. espone alcune brevi considerazioni sul caso.

Sulla sezione del duodeno nelle resezioni gastroduodenali.

Prof. M. DONATI. — L'O. presenta lo strumento da lui ideato e ne illustra con ottime diapositive l'uso; l'apparecchio serve nei casi in cui si vuole chiudere il moncone aborale del duodeno.

Esso consta di un piano compressore del capo orale del duodeno e di un altro piano limitato da una dentatura che afferra il capo aborale del duodeno; tra i due piani scorre un tagliente, per la sezione del duodeno. Attraverso la dentatura è possibile far passare un apposito punteruolo o un ago retto infilato con catgut: nel primo caso sopra al punteruolo si fa una sutura a sopraggitto, nel secondo basta stringere i capi e la chiusura è fatta. Al di sopra di queste suture se ne pratica una seconda, o si fa una sutura a borsa di tabacco.

Traumatismi del rene.

Prof. R. RINALDI. — *Caso I.* Si trattava di rottura spontanea di un rene pionefrotico, in un malato di tubercolosi urinaria, che già un anno prima era stato ricoverato nella sezione e giudicato suscettibile solo di cura medica. La causa occasionale della frattura era stata provocata da un trauma lievissimo.

Caso II. In una donna per una contusione al fianco ed alla regione toracica sin. si era constatato una ptosi ed una parziale torsione del rene, con successiva ritenzione pielica. L'a. fu operata di nefropessia e guarì.

Caso III. Frattura del rene sin. da contraccolpo con distacco del polo super. renale, dal resto del parenchima; ileo paralitico imponente prima dell'intervento e che scompare subito dopo la nefrectomia. L'O. richiama l'attenzione sulla presenza dello pseudoileo, che ha talora fatto sbagliare la diagnosi ed indotto il chirurgo ad operare per via laparotomica credendo trattarsi di perforazione intestinale.

Tre casi di chirurgia renale nei bambini.

Prof. C. ALESIO. — In un ragazzo di 11 anni ha osservato una idronefrosi bilaterale di grado molto cospicuo a sin. un po' meno a destra; in una ragazza di 12 anni fu diagnosticata una ptosi renale; ed in una bambina di 9 anni una calcolosi renale.

Per ognuno dei casi l'O. espone brevi considerazioni.

Il distacco della spina iliaca anteriore superiore (trauma sportivo)

Prof. A. TURCO. — *Caso I.* Un giovane di 19 anni in seguito ad un violento movimento di torsione riportò il distacco della spina iliaca ant. super. destra; da notare che a sinistra il p. due anni prima aveva riportato una identica lesione della quale persistono i segni consistenti in una massa ossea piriforme del volume di una noce, situata al disotto del punto dove dovrebbe trovarsi la spina iliaca ant. super.

Caso II. Un altro caso di distacco ha osservato in un giovane di 16 anni.

Entrambi i p. vennero curati con l'applicazione delle striscie di cerotto che dalla spina andavano alla radice della coscia.

L'O. espone considerazioni sulla eziologia e patogenesi di detta affezione.

Un trattamento chirurgico personale della lussazione abituale della rotula.

Prof. U. CAMERA. — Dopo aver accennato in schema ai metodi operatori che comunemente si seguono dai chirurghi nella lussazione abituale della rotula, l'O. descrive il suo metodo, che consiste nella preparazione di un lembo peduncolato rettangolare ricavato dal legamento alare interno e dalla capsula lasciando intatta la sinoviale. Si rovescia il lembo sul suo peduncolo e si sutura il bordo interno della rotula alla cerniera del lembo ribattuto; si cruenta leggermente tutta la superficie della rotula e si ribatte su di essa il lembo capsulo aponevrotico, suturando sotto tensione i suoi margini a tutto il contorno della rotula.

Presentazione di una pinza ossivora per l'amputazione alla Gritti.

Prof. A. BERTOCCHI. — L'O. presenta detto strumento, che ha ricavato dopo studi morfologici della rotula eseguiti su cadaveri maschili e femminili.

Il Segretario: Dott. GIOVANNI VILLATA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Etiopatogenesi dell'ascesso e della gangrena polmonare.

Sull'etiopatogenesi di queste due lesioni polmonari vi è una vasta letteratura, che M. Carravetta (*Morgagni*, n. 5, febbraio 1931) passa in ampia rassegna.

Da quanto è stato scritto si ricava l'opinione che l'ascesso polmonare, almeno nella maggior parte dei casi, ha una genesi embolica: della medesima natura devono essere considerati quelli che sopravvengono dopo un'anestesia generale per operazioni sul naso e sulla gola, per il distacco di emboli con penetrazione nel territorio delle giugulari.

La patogenesi della gangrena invece, nei riguardi della flora batterica, trova maggior conforto nell'aspirazione della cavità boccale di quei germi patogeni saprofiti della putrefazione che in essa sono abituali.

La necrosi del polmone determinata da traumi, da ischemia, da fattori tossici infettivi, favorisce con il facile sviluppo dei germi la formazione del focolaio gangrenoso.

A questa patogenesi sfuggono quei focolai gangrenosi singoli o multipli del polmone, corticali, a cuneo, di origine embolica in dipendenza di altri focolai infettivi rappresentati dall'utero puerperale, dalle otiti, dalle affezioni infiammatorie della bocca e delle tonsille. In tutte le forme di gangrena l'associazione microbica e la simbiosi fuso-spirillare rappresentano la regola. Negli ascessi il reperto etiologico è squisitamente piogeno, e l'associazione fuso-spirillare può costituire una complicanza di origine bronchiale.

L'ascesso putrido costituisce dal punto di vista etiologico la forma di passaggio tra queste due forme morbose ben distinte.

L. Carusi.

SEMEIOTICA.

Un sintoma generale nei tumori cerebrali.

È stato messo in evidenza da Kehrer e dimostrato in molti pazienti con tumori cerebrali o delle meningi cerebrali. In questi ammalati, premendo lentamente e con forza sempre eguale in corrispondenza del forame di uscita del *N. occipitalis maior*, o *punto suboccipitale*, si avrebbe una maggiore o minore inclinazione del capo verso l'indietro o verso il lato stesso su cui è esercitata la pressione. Nello stesso momento o poco più tardi, il paz. darebbe segni di dolore, diventando fortemente rosso nel volto e cercando di allontanare lo stimolo.

In alcuni casi la reazione sarebbe più evidente dallo stesso lato del tumore.

Questo sintoma avrebbe lo stesso valore di quello della sensibilità alla pressione in corrispondenza del forame d'uscita del trigemino e potrebbe essere spiegato con uno stato permanente di irritazione del nervo dovuto alla aumentata pressione endocranica.

Così Klimke (*Münch. Med. Woch.*, 9 genaio 1931).

G. La Cava.

Difficoltà ed errori diagnostici tra i tumori intrarachidiani e il male di Pott.

In linea generale i tumori intrarachidiani possono essere distinti dal M. di Pott anche nei casi difficili con lo studio attento dei sintomi rachidiani clinici e radiografici. Tuttavia possono presentarsi delle circostanze cliniche in cui l'errore è inevitabile sia in un senso che nell'altro.

Bériel e Rousset (*Le Jour. de Méd. de Lyon*, n. 244, 1930) dimostrano quanto sopra in base ad una ampia statistica personale, e concludono che la impotenza in cui talora si è di fare una diagnosi assoluta non deve fare esitare di fronte ad un intervento operativo.

Potrebbe essere assai nocivo, anche fatale per il malato di rifiutare o anche di ritardare l'operazione su un tumore del canale con la scusa che possa sospettarsi un male di Pott. Si deve dunque assumere un atteggiamento nettamente interventista. Tanto più in quanto che l'errore inverso non ha inconvenienti maggiori: il Pott operato per errore come se si trattasse di un tumore dello speco, non può essere, se gli esami sono stati fatti con coscienza, che delle osteiti a focolai assai limitati, che determinano dei disturbi per formazione di un vero bottone intrarachideo. Orbene questo stesso può essere asportato chirurgicamente, come un vero tumore, con vantaggio.

L. Tonelli.

CASISTICA E TERAPIA.

Reumatismo delle parti molli.

Riprendendo la questione già trattata, e nello stesso senso, da qualche autore americano, il Ruhmann (*Die Med. Welt*, n. 45, 1930) porta un originale e interessante contributo alla conoscenza del reumatismo delle parti molli (nervi, sottcutaneo, tessuto adiposo e, sopratutto, muscoli), che ha forse un'importanza pari ed una diffusione maggiore di quello delle articolazioni.

Clinicamente questa forma di infezione reumatica è caratterizzata dalla presenza di piccole nodosità il cui volume varia da una lenticchia ad una nocciola, di consistenza nettamente aumentata, dolenti: un dito esercitato riesce a palparle intorno alle capsule articolari, lungo il decorso dei tronchi nervosi, nel tessuto adiposo e immediatamente al disotto

della cute: sopratutto evidenti e frequenti però esse sono nello spessore dei muscoli: le ricerche isto-patologiche hanno dimostrato che si tratta di piccole zone fibrose, da ispessimento connettivale, rese più evidenti, « ingigantite » per così dire, da una contrazione riflessa delle fibrille muscolari tutto intorno: il maneggio provoca, localmente, una diminuzione di questa resistenza, probabilmente ha un rilassamento delle fibrille contratte.

Se si pensa che il reumatismo delle parti molli può accompagnare molte altre manifestazioni della medicina interna e sopratutto le disfunzioni endocrine (adiposità, disturbi della tiroide, climaterio, ecc.) e i disturbi di circolo (arteriosclerosi, ipertensione, certi vizi di cuore), bisogna ammettere che esso poggi su una base comune a questi vari quadri morbosi.

Lo studio sistematico del quadro capillaroscopico alla plica ungueale ha dimostrato che il circolo periferico è notevolmente turbato; spicca infatti, nel 70 % dei casi, il quadro tipico della vasoneurosi di Müller, la corrente è frammentaria e si osservano numerose ectasie e disturbi di circolo proprio in corrispondenza del tratto intermedio delle anse.

Già altri AA. hanno messo in evidenza che disturbi degli organi interni possono determinare disturbi vasomotori nelle zone di Head della cute, che portano ad alterazioni della nutrizione ed a modificazioni dei tessuti: non c'è dubbio pertanto che il disturbato circolo dei capillari cutanei, particolarmente accentuato in corrispondenza delle nodosità, abbia una sicura influenza sulla formazione di queste. La lesione capillare diffusa costituisce quindi di per sè una predisposizione « vasomotoria » alla comparsa del reumatismo articolare: i punti peggio irrorati, *loci minoris resistentiae*, risponderanno all'azione degli agenti vari che elettivamente vi si localizzano, con una reazione aumentata, onde le nodosità. In complesso si tratta di una malattia che poggia su un terreno di predisposizione vasomotoria. V. SERRA.

I noduli fibro-cartilaginei della faccia posteriore dei dischi intervertebrali.

Th. Alajouanine e D. Petit-Dutaillis (*Presse Médicale*, n. 98, 6-12-30, e n. 102, 20-12-30) riportano due osservazioni personali di compressione radicolo-midollare prodotta da noduli fibro-cartilaginei della faccia posteriore del disco intervertebrale in cui l'ablazione dei noduli portò alla guarigione della sindrome compressiva.

Di questo particolare tipo di compressione radicolo-midollare trattano la patogenesi, la sintomatologia, la diagnosi e la cura.

Circa la patogenesi gli AA. ricordano le due teorie predominanti e cioè quella traumatica e quella delle alterazioni preesistenti del nucleo polposo dei dischi intervertebrali; secondo quest'ultima teoria, per la quale gli AA. propendono, il nucleo polposo verrebbe a fare ernia attraverso la lamina cartilaginea del disco producendo una compressione sulle radici nervose o sul midollo più raramente, secondo la sede.

I *sintomi clinici* si possono estrinsecare con una sindrome radicolare caratterizzata da dolori, parestesie, turbe sensitive e motorie se il nodulo comprime la cauda equina.

Invece nella sindrome midollare si avrebbero turbe sensitivo-motorie a tipo di Brown-Sequard.

Nel liquido cefalo-rachidiano si riscontra una *iperalbuminosi.*

La *diagnosi* si basa sulla sintomatologia clinica e sopratutto sull'esame radiografico con la prova del lipiodol che darebbe una deviazione nella discesa della colonna opaca più che un arresto; ciò è meglio controllabile radioscopicamente.

La *prognosi* è buona se si interviene prima che si siano stabiliti fatti di paraplegia.

La *cura* è chirurgica: asportazione dei noduli previa laminectomia ed incisione della dura. La tecnica è relativamente facile quando i noduli hanno sede nel tratto lombare perchè incisa la dura madre longitudinalmente o trasversalmente è più agevole allontanare le radici ed asportare il nucleo solco-cartilagineo.

Più difficile e delicata è invece quando i noduli comprimono il midollo giacchè occorre esercitare un lieve grado di torsione del midollo intorno al proprio asse per mettere in evidenza il nodulo. C. BUCCI.

I sali d'oro nel trattamento delle poliartriti croniche.

J. Forestier (*Bull. Soc. méd. hôpit. de Paris*, 1930, p. 273) ha trattato con l'allocrisina (una specie di sanocrisina francese) molti malati, con dosi iniziali di 25 mg. e poi con 5, 10, 20 cg.; intervalli di 5-7 giorni per le piccole dosi, di 7 per le più alte. Iniezioni endomuscolari.

Subbiettivamente i malati accusarono diminuzione del dolore e miglioramento del sonno, poi dello stato generale, scomparsa del pallore e del colorito caratteristico, ricomparsa delle forze.

Obbiettivamente diminuzione della tensione delle sinovie infiammate, aumento di ampiezza dei movimenti, spesso temperatura ritornata alla normale.

Durata del trattamento, da 6 a 20 mesi; quantità totale iniettata, da 1 a 6 grammi.

Su 48 casi: in 10 miglioramento funzionale parziale, con persistenza del gonfiore articolare; in 16 risultati buoni, con miglioramento dello stato generale, grande miglioramento funzionale, diminuzione o scomparsa della maggior parte delle artropatie attive; in 17 casi, risultati buonissimi, con scomparsa quasi totale dei dolori, ritorno all'aspetto normale

delle articolazioni, possibilità di una ripresa di attività normale.

Incidenti: 1) cutanei (eritema transitorio od eritrodermia); 2) mucosi (erosioni boccali o labiali); 3) focali, in corrispondenza delle articolazioni.

Iniziare la cura con dosi piccole, continuare con 5 cg. per tre iniezioni per saggiare la sensibilità, farle poi di 10 (ogni 7 giorni) fino ad un totale di g. 1-1.50 in 12-18 iniezioni. Dopo 6 settimane riprendere la serie; se, dopo questa, si ha notevole miglioramento, riposo per 6 settimane ed iniezioni ogni 10 giorni di 5-10 cg. (in tutto 10-15 iniezioni, ripetendo la serie ad intervalli di 2-3 mesi).

Sospendere il rimedio al minimo incidente.

fil.

I preparati salicilici in terapia.

In uno studio sui preparati salicilici, C. Johnson (*Journ. amer. med. assoc.*, 14 marzo 1930) ha potuto riconoscere che i salicilati assorbibili, cioè i salicilati di sodio e di ammonio e l'acido acetilsalicilico somministrati in dosi equivalenti a quelle terapeutiche per via gastrica od ipodermica, provocano un definito e generalmente notevole stimolo respiratorio, con abbassamento della riserva alcalina del sangue. La concentrazione idrogenionica del sangue rimane immutata, l'acetone nell'urina non è dimostrabile.

Queste modificazioni sono spiegabili come equivalenti di un'acidosi acida fissa, compensata dalla perdita di anidride carbonica. Il deciso aumento di lattato nel sangue corrispose alla notevole diminuzione della riserva alcalina ed allo stimolo respiratorio, in alcuni animali da esperimento, mentre in altri non si ebbero indici di acidosi.

In complesso, però, risulta giustificata la somministrazione che si fa in pratica del bicarbonato di sodio insieme con i salicilati a dose terapeutica ed anche nell'avvelenamento da salicilati.

Nessun effetto si potè dimostrare col salicilato di metile, nè per il cincofene.

fil.

La cura della fibrosite.

La fibrosite, dice Edgecombe (*The practitioner*, gennaio 1931), è un'infiammazione dei tessuti fibrosi (fasce aponeurotiche, tessuto intermuscolare, legamenti, capsule articolari, tendini, borse, guaine tendinee e nervose, tessuto sottocutaneo). Generalmente prende il nome della zona ammalata: reumatismo muscolare, lombaggine, torcicollo, pleurodinia, cefalodinia, sciatica, brachialgia. È dovuta a tossine o bacteriche o da alterato metabolismo.

La cura si fa secondo la causa. Se ci sono focolai settici si cureranno questi. Così per le infezioni dei denti, si leveranno i denti, o per le infezioni delle tonsille queste saranno curate e così pure per le infezioni dei seni nasali, degli orecchi, della prostata, delle vie genito-urinarie, dell'appendicite cronica, della colecistite. Causa più rara è la colite ulcerosa.

Se esistono alterazioni del metabolismo, la terapia sarà diretta contro queste: quindi in alcuni casi cura del diabete, in altri dell'alcoolismo.

Si dovranno anche prendere in considerazione altri fattori: traumi, freddo, umidità.

Nella fibrosite acuta si deve tenere il p. a riposo, fare applicazioni calde locali, e dare aspirina. In qualche caso il riposo deve essere assoluto, in letto (così nelle lombaggini, nelle sciatiche). Il calore localmente si può applicare cogli impiastri con o senza senapa, o colla diatermia o col bagno caldo. L'aspirina va data a dosi ampie. L'intestino va tenuto sgombro. Se l'aspirina non agisce, può essere utile la polvere del Dower. In alcuni casi si ha sollievo dall'applicazione di ventose secche, o dall'ago-puntura con novocaina all'1 %.

Passato il periodo acuto si faranno dei massaggi, che devono essere accurati e che si devono abbandonare se peggiorano le condizioni del malato.

La corrente d'alta frequenza è molto utile.

Nella fibrosite acuta si cura l'infezione o l'alterazione del metabolismo che è base della malattia, più le manifestazioni locali di essa. Così in qualche caso può essere utile la vaccino-terapia, in qualche altro l'abolizione della carne, il moto, oppure l'abolizione degli idrati di carbonio, ecc. Il trattamento locale è il calore seguito da massaggi, e movimento gradualmente crescente. Come rimedi per via interna sono stati consigliati l'iodio, lo zolfo, il guaiacolo, il salicilato, il colchico, e ognuno di essi può, secondo i casi, essere utile.

Le cure in stazioni termali sono indicate e giovano a chi può permettersene il lusso. Per chi non lo può fare esistono cliniche dove si applicano le cure fisiche. A volte è utile vivere in clima secco (Egitto, Algeria).

La profilassi nei soggetti che hanno facilità ad ammalarsi di fibrosite consiste nell'evitare l'umidità, la fatica fisica.

La prognosi in genere è buona e la guarigione è rapida; ma esistono casi in cui la guarigione completa non si ha mai.

R. LUSENA.

RUBRICA DELL'UFFICIALE SANITARIO

La difesa contro le malattie infettive.

Febbre mediterranea, meningite cerebrospinale epidemica, ecc.; influenza; febbre puerperale.

Fra le malattie infettive acute soggette all'obbligo di denunzia, a norma dell'art. 1 del Decreto ministeriale 15 ottobre 1923, debbono esser considerate, dal punto di vista della profilassi, alcune forme morbose, le quali, per quanto spesso si manifestino solamente con casi sporadici, talvolta danno luogo ad epidemie più o meno importanti: ricordiamo, fra queste, la febbre mediterranea, la meningite ce-

rebrospinale epidemica, la poliomielite anteriore acuta, l'encefalite letargica, l'influenza epidemica e la febbre puerperale.

La febbre mediterranea o maltese più esattamente deve indicarsi come *febbre ondulante* o *setticemia di Bruce*, per togliere alla denominazione della malattia un carattere localistico non corrispondente esattamente alla sua distribuzione geografica; essa si presenta, di solito, con forme sporadiche, alle quali, per la lunga durata delle manifestazioni cliniche ad andamento periodico, difficilmente sono applicabili efficaci provvedimenti profilattici; ma può anche dare origine a veri focolai epidemici. Di fronte a questi l'ufficiale sanitario, dopo avere accertata la diagnosi, colla collaborazione del laboratorio provinciale di vigilanza igienica, e adottate le convenienti misure di disinfezione e di isolamento (se si tratta di forme a decorso acuto), deve tentare di identificare e di eliminare, per quanto è possibile, l'origine del contagio, la quale è da ricercarsi in contatti con animali infetti, specialmente caprini e ovini, o nel consumo del loro latte o di prodotti alimentari da esso derivati. Non di rado è stata rilevata la connessione di focolai epidemici di febbre ondulante con la manifestazione di casi di aborto epizootico; nella pratica si deve perciò portare l'attenzione sull'eventuale esistenza di simili casi, per quanto ancora, dal punto di vista scientifico, siano oggetto di studio e di discussione i rapporti fra il microrganismo di Bang, agente dell'aborto, ed il micrococco di Bruce. Per l'applicazione dei relativi provvedimenti profilattici l'ufficiale sanitario, ove occorra, richiederà la collaborazione del veterinario comunale.

Meningite cerebrospinale epidemica, poliomielite anteriore acuta, encefalite letargica. Queste malattie infettive acute del sistema nervoso centrale, o dei suoi involucri, hanno probabilmente in comune la porta d'ingresso dell'agente patogeno (vie aeree superiori, faringe) ed alcuni fattori epidemiologici che ne favoriscono la diffusione, quale l'esistenza di portatori e (almeno per la poliomielite e l'encefalite) di forme cliniche atipiche di difficile diagnosi, che facilmente restano non riconosciute. Queste circostanze ostacolano notevolmente la profilassi della suddetta malattia, la quale inoltre, solamente per la meningite può essere agevolata dall'accertamento diagnostico microscopico e dalla ricerca dei portatori, da effettuarsi con l'ausilio del laboratorio batteriologico.

L'ufficiale sanitario perciò dovrà ottenere dai medici curanti la maggior diligenza nella denunzia, anche di tutti i casi sospetti, e basarsi sull'accurata indagine clinica ed epidemiologica per cercare di sorprendere l'insorgenza di focolai infettivi e di circoscriverne, per quanto è possibile, la diffusione. Le misure profilattiche alle quali si deve dare maggior importanza sono: l'isolamento dei malati, da attuare di preferenza col ricovero in ospedali, anche per facilitare l'assistenza terapeutica, particolarmente necessaria per rendere meno gravi le successioni morbose della malattia; le disinfezioni concomitanti, sopratutto delle secrezioni naso-faringee e degli oggetti da esse contaminati. Nè si dovrà trascurare la pulizia e la disinfezione metodica delle cavità nasali e faringee dei malati e di coloro che li avvicinano, e la nettezza dell'ambiente domestico ed urbano, specialmente nei riguardi della polvere e delle mosche.

A malattia finita è da praticarsi una completa disinfezione terminale. In presenza di focolai epidemici occorre anche intensificare la vigilanza sanitaria sulle collettività (per la poliomielite specialmente su quelle infantili), evitando le cause di affollamento ed eventualmente ricorrendo alla chiusura delle scuole ed asili. È importante pure sospendere la vaccinazione jenneriana, se fosse stata iniziata, in considerazione delle possibili (per quanto rare) complicanze nervose di questa pratica immunizzante.

L'influenza epidemica, per la grandissima diffusibilità del contagio per parte di portatori o di individui affetti da forme lievi ambulatorie, non si presta all'adozione di misure profilattiche di isolamento. Ciò nonostante, in vista dei danni che reca alle popolazioni una malattia a tendenza così rapidamente e gravemente diffusiva, l'ufficiale sanitario non deve farsi cogliere disarmato dalla sua esplosione epidemica.

Quando questa minacci, si dovrà, perciò, predisporre l'organizzazione dei servizi di assistenza medica e farmaceutica ed anche di ricovero ospitaliero per far fronte a qualsiasi necessità. Inoltre si intensificherà la vigilanza sanitaria sulle collettività e, con opportuni divieti, si limiteranno gli affollamenti, che favoriscono la trasmissione del contagio, specialmente nei locali pubblici chiusi, dei quali si prescriveranno frequenti pulizie e disinfezioni straordinarie. I medici liberi esercenti saranno richiamati all'osservanza dell'obbligo della denunzia. Al letto dell'infermo, anche per questa malattia, le disinfezioni più importanti son quelle delle secrezioni delle vie respiratorie e orali e degli oggetti da esse imbrattati; i locali di degenza dei malati dovranno esser mantenuti puliti, ben ventilati e disinfettati di frequente.

Febbre puerperale. Per la profilassi della febbre puerperale esistono alcune norme nel regolamento generale sanitario 3 febbraio 1901 (art. 164-167), colle quali è stabilito che i ricoveri per gravide e partorienti devono rispondere a tutte le esigenze dell'igiene e della cura delle ricoverate. I direttori o amministratori di detti ricoveri hanno l'obbligo della denunzia di ogni caso di malattia infettiva ed in specie di febbre puerperale. Questa disposizione è sta-

ta integrata da quella dell'art. 83 del regolamento per l'esecuzione della legge 23 giugno 1927 n. 1070 (disposizioni varie sulla sanità pubblica) approvato con R. decreto 6 dicembre 1928 n. 3112, il quale prescrive ai suddetti istituti di avere un medico che ne assuma la direzione tecnica. Ricevuta la denunzia di un caso di febbre puerperale, l'ufficiale sanitario, oltre a prendere i provvedimenti per impedire la diffusione della malattia, indagherà quale abbia potuto essere la causa occasionale dell'infezione e, ove ne sia il caso, farà la denunzia all'autorità giudiziaria.

Le norme ora citate vengono opportunamente completate dal recente regolamento per l'esercizio ostetrico delle levatrici (R. decreto 6 decembre 1928, n. 3318), di cui abbiamo avuto occasione di parlare a proposito della vigilanza sulle professioni sanitarie (1), e dalle successive « Istruzioni » approvate con decreto ministeriale 17 maggio 1930. Il regolamento fa obbligo alla levatrice di ricorrere al medico ogni volta che la temperatura della puerpera superi i 38 gradi ed, in mancanza del medico, di farne denunzia al podestà ed all'ufficiale sanitario. La levatrice che ha prestato le sue cure ad una puerpera affetta da processo infettivo, deve darne avviso all'ufficiale sanitario e sottoporsi alle pratiche di disinfezione che questi le prescriverà, e non può avvicinare altra donna senza un'autorizzazione scritta del medesimo, il quale accerterà l'esatto adempimento delle prescrizioni impartite.

In casi particolarmente gravi, per necessità profilattiche, e quando sia possibile provvedere altrimenti al servizio ostetrico, l'ufficiale sanitario può proporre al podestà l'astensione della levatrice dall'esercizio professionale per cinque o più giorni. Sta al prudente discernimento dell'ufficiale sanitario giudicare quando sia opportuno valersi di tale sua facoltà.

A. FRANCHETTI.

VARIA.

Luci ed ombre del ringiovanimento.

Prolungare la giovinezza, evitare la vecchiezza è stato ed è sempre il sogno affascinatore dell'umanità.

La ricerca dei mezzi atti a conservare il vigore e le seduzioni dell'età più bella è stata perseguita in tutte le epoche, ed in tutte le epoche sono comparsi ciurmadori che hanno fatto credere di possedere i filtri dell'eterna giovinezza, studiosi che hanno creduto in buona fede di avere risolto il problema del ringiovanimento.

Della quistione oggi si è impadronita la scienza medica, che cerca di risolverla con criterî razionali e sperimentali.

(1) V. Policlinico, n. 50 del 16-XII-1929.

L'incremento delle conoscenze sulle glandole a secrezione interna ha fatto ritenere più fondate le speranze, ha fatto moltiplicare i tentativi, ai quali hanno dato credito alcuni risultati brillanti se pure effimeri.

È la dottrina endocrina quella che domina, e che sembra più razionalmente indicata a dare risultati pratici.

Tutte le altre teorie, tutte le altre pratiche non hanno che un interesse storico. Così quella di Metchnickoff. Questi considerava la vecchiezza il risultato d'un'intossicazione intestinale, la quale colpisce essenzialmente i tessuti nobili, risparmiando anzi eccitando l'attività dei tessuti congiuntivi che così prendono il sopravvento. Bastava nutrirsi di vegetali e di latte acido per prolungare la vita, se non assicurarsi l'immortalità.

Più aderenti alle vedute moderne furono i tentativi di Brown-Sequard, il quale nel 1889 affermò che i vecchi potevano riacquistare il vigore giovanile con l'ingestione di estratti di testicoli. Questa opoterapia, naturalmente, fu praticata in larga scala, ma i risultati non furono incoraggianti.

L'esperienza dimostrò, quello che fu poi largamente dimostrato per altre glandole endocrine, che i testicoli somministrati per via gastrica non avevano alcuna efficacia.

Le delusioni fecero sopire il fervore delle ricerche, furono poi riprese con risultati che parvero più brillanti in seguito alle ricerche di Ancel e Bouin. Questi autori dimostrarono che l'attività esocrina ed endocrina sono in rapporto a elementi cellulari distinti. Mentre la secrezione seminifera è prodotta dai tubi seminiferi, i caratteri sessuali secondarii e l'ardore erotico sono determinati dal versamento in circolo di gruppi particolari di cellule disseminati tra i canali seminiferi e dette perciò interstiziali. Il testicolo presenta analogie anatomiche e funzionali con il pancreas: i gruppi di cellule interstiziali sono gli omologhi delle isole di Langerhans, e come queste producono sostanze regolatrici del ricambio dei carboidrati, quelle producono sostanze che governano l'attività sessuale.

Tubi seminiferi e cellule interstiziali, glandula seminale e glandula interstiziale sono indipendenti l'uno dall'altro.

Questo dualismo funzionale spiega come individui la cui secrezione testicolare è incapace a fecondare conservino l'appetito e l'ardore sessuale.

Anzi ulteriori esperienze dimostrarono che si può distruggere la funzione riproduttrice del testicolo, senza che diminuisca la capacità erotica, la quale anzi viene esaltata.

Steinach praticò sistematicamente su i ratti la legatura del canale deferente, che provocò atrofia dei canali deferenti a tutto vantaggio della funzione interstiziale.

Gli animali così operati presentarono esacerbazione dell'attività erotica e segni di ringiovanimento: ridiventarono combattivi e gelosi, mentre ricomparirono i peli e la forza muscolare aumentò. Egli notò anche un prolungamento della vita.

Lichtenstern tentò sull'uomo l'operazione di Steinach, ed in tre vecchi ottenne il ringiovanimento fisico e psichico. Nichans, Sand, Schmidt, Benz, Benjamin ripeterono l'esperimento sull'uomo confermando l'esito vantaggioso, mentre altri, come Marinesco e Mendel ottennero solo una transitoria riaccensione dell'appetito sessuale.

D'altra parte Osborne e Mendel negarono ogni prolungamento della vita nei ratti, in quanto essi poterono stabilire che la media della vita di questi animali è di 36 mesi, e che la sopravvivenza fino a 40 mesi constatata eccezionalmente in qualche ratto operato da Steinach non costituisce fatto probativo.

I tentativi di ristabilire la funzione testicolare decrepita mediante l'innesto di glandola sessuale appartenente ad individui giovani rimontano alla prima metà del secolo scorso. Berthold nel 1849 praticò l'esperienza sui piccioni.

Più recentemente ripeterono l'operazione Steinach sui ratti, Pettinari e Harms su i cani, ed infine Voronoff su i montoni e poi sull'uomo.

La prova più impressionante fu quella fatta da Voronoff su un vecchio montone di 14 anni, il quale dopo l'innesto riprese forza, salute e giovinezza, e divenne padre di due agnelli vigorosi. Bastò asportare la glandula innestata per far ricadere il montone nel marasma.

Hunter e Mubram poterono per un caso favorevole innestare a vecchi glandule umane ed ottennero risultati positivi. Successi analoghi si ebbero con i trapianti di glandule di giustiziati e suicidi.

Ma provvedersi di questo materiale umano non è facile, ed allora Voronoff pensa di sostituirlo con le glandule delle scimmie.

Così il metodo dell'innesto glandulare, alimentato da un'abile propaganda, ebbe larga diffusione.

Tuttavia i non pochi insuccessi, sopratutto per quel che riguarda la durata del preteso ringiovanimento, fecero meditare che la vecchiezza non è il prodotto solo dell'ipofunzione testicolare, ma dell'indebolimento di tutto il sistema endocrino. Ed allora Dartigues propone l'innesto multiplo, pluriglandulare, dell'ipofisi, della tiroide, del testicolo e simili.

Purtroppo gli innesti glandulari hanno un interesse solo dottrinale, o per lo meno la loro pratica applicazione non può avere come non ha avuta larga diffusione. Si tratta di cura di eccezione, riservata solo a coloro che hanno larghe disponibilità economiche. Il costo delle scimmie è alto, e trattandosi di un procedimento voluttuario gli operatori sono molto esigenti per quel che riguarda gli onorari.

Per altro gli interventi per il ringiovanimento, si tratti dell'operazione di Steinach o dell'innesto di Voronoff, sono praticabili solo in quegli individui che hanno una vecchiezza sana o una senescenza precoce senza affezioni organiche.

Resta sempre dubbia la durata degli effetti dell'innesto. Anche a voler credere agli effetti mirabolanti denunziati dagli operatori, il tempo finora trascorso dall'inizio delle pratiche del genere è troppo breve perchè si possa dare al riguardo un giudizio sicuro.

Anzi non mancano osservazioni le quali hanno chiaramente dimostrato che in breve tempo la glandula innestata degenera perdendo quindi ogni attività ormonica.

Il fatto è che i dati sperimentali, che sono i più controllabili e meno si prestano alle decantazioni ciarlatanesche, provano che il ringiovanimento ottenuto con la legatura del deferente o con gli innesti ha solo breve durata. Gli animali ricadono nella loro senilità senza aggiungere un solo filo alla trama della loro vita.

Si tratta di una reviviscenza effimera.

Vien fatto allora di domandarsi se i risultati vantati non sono che l'effetto di una banale cura opoterapica, più attiva, più brillante perchè i prodotti glandulari invece che per la via gastrica sono introdotti nei tessuti dell'organismo dove non possono subire azioni chimiche dissolvitrici, e perchè innestati allo stato vivo e quindi capaci di conservare ancora per qualche tempo la loro attività biologica.

Gli innesti, le legature del deferente costituirebbero quindi come una frustata alla quale il vecchio ronzino reagirebbe ancora con qualche passo di galoppo, per ritornare subito al suo passo tardo e stanco.

In effetti la vecchiezza non è il prodotto dell'alterazione anatomica o dell'indebolimento funzionale di un solo organo, le glandule interstiziali.

Dalle ossa, dalla pelle, ai vasi, alla corteccia cerebrale tutti i tessuti subiscono un processo d'involuzione. E se l'organismo può dare ancora qualche fiamma al soffio vivificatore di un eccitante biologico, le sue stesse condizioni sono tali da non poter dare mai una fiamma veramente calda e duratura.

Il ritorno alla giovinezza rimane una chimera.

Gli sforzi fatti per eliminare la vecchiezza sembrano presso a poco simili a quelli degli alchimisti intenti alla ricerca di mezzi per la fabbrica dell'oro.

argo.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

XI. - Falsità in attestati sanitari.

Dispone l'art. 289 C. P.: « Il medico, il chirurgo, o altro ufficiale di sanità, che rilascia per solo favore un falso attestato, destinato a far fede presso l'autorità, è punito con la reclusione fino a 15 giorni o con la multa da L. 100 a 1000 ».

Soggiunge il quarto comma: « *Se il fatto sia commesso per denaro o altra utilità*, data o promessa, per sè o per altri, la pena è della reclusione da tre mesi a due anni...... ».

Il nuovo codice penale, che non è ancora entrato in vigore, definisce e reprime così lo stesso delitto di falsità ideologica: « Chiunque, nell'esercizio di una professione sanitaria o forense o di altro servizio di pubblica necessità, attesta falsamente in un certificato fatti dei quali l'atto è destinato a provare la verità, è punito con la reclusione fino ad un anno o con la multa da L. 500 a 5000. Tali pene si applicano congiuntamente se il fatto fu commesso a scopo di lucro ».

Un sanitario (veterinario) fu imputato del delitto previsto dall'art. 289 per aver rilasciato un certificato attestante una ispezione che effettivamente non era stata eseguita. Egli non aveva riscosso un compenso per attestare cosa falsa, ma aveva ricevuto la retribuzione normale, corrispondente al certificato vero, come se l'ispezione fosse stata eseguita. Si può ritenere che abbia commesso *il fatto per denaro o altra utilità* e quindi fosse applicabile la sanzione stabilita dal 4° comma dell'art. 289? La quistione è giuridicamente delicata ed ha importanza anche per il nuovo codice, il quale, come si è detto, stabilisce una sanzione più grave « *se il fatto è commesso a scopo di lucro* ».

Se un sanitario attesta *di aver visitato* Tizio e rilascia un certificato di buona salute o di malattia ecc., fa un certificato falso, perchè afferma un fatto che non è vero (la *ispezione*) anche se sia vera la malattia o la condizione di sanità.

Il delitto è aggravato se il reato sia commesso per denaro o altra utilità; ma il lucro deve essere relativo al *fatto delittuoso;* in quanto, cioè, il sanitario riceva un compenso allo scopo di rilasciare un attestato falso. In altri termini deve esservi un nesso di causalità tra il fatto punibile e il lucro; nel senso che la utilità patrimoniale sia il movente che ha determinato il sanitario alla falsa attestazione.

La Corte di Cassazione penale, con sentenza 21 maggio 1930, ric. Sichero ed altri, ha risoluto la quistione in senso alquanto diverso, dal punto di vista della nozione del lucro (denaro o altra utilità) che è circostanza aggravante.

« Ora, stabilito insindacabilmente — dice la sentenza — in sede di merito e, in sostanza, ammesso dal ricorrente, il rilascio di attestati accertanti contro verità, ispezioni ad animali, non può dubitarsi che si tratti di certificati falsi. Si nega però che il fatto sia stato commesso per denaro o altra utilità; ma tale negativa risulta infondata quando si consideri che, mediante tali certificati, il sanitario, *senza il lavoro e i disagi inerenti alle visite*, e cautelandosi da eventuali conseguenze dell'inadempimento degli obblighi del proprio ufficio, *raggiungeva lo scopo di riscuotere compensi che egli dice dovuti ma che dovuti sarebbero stati soltanto se avesse prestato quell'opera che invece non prestò* ». La quistione è discutibile.

XII. - Concorso - Illegalità del procedimento.

La V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 19 dicembre 1930 n. 742, ha annullato la deliberazione di nomina di un medico dell'ospedale Comunale di Trieste e la relazione della Commissione, per illegittimità del procedimento del concorso e specialmente perchè: la Commissione non redasse i verbali delle sedute, i quali erano necessari, in ogni caso, sebbene non si trattasse della nomina di un medico condotto; la relazione conclusiva non conteneva elementi idonei a dimostrare l'adempimento delle formalità legali; la Commissione stabilì criteri di massima non per accertare il merito dei singoli canditati ma per regolare le preferenze risultanti dal R. D. 30 settembre 1922 n. 1290, esteso agli impiegati degli enti locali; non elencò i titoli dei concorrenti; ammise al concorso un canditato il quale, nel termine prescritto, non aveva presentato uno dei documenti principali richiesti per l'ammissione al concorso.

Veramente ce n'era abbastanza per annullare quel provvedimento.

Con altra decisione, in data 30 dicembre 1930, n. 761, la V Sezione ha dichiarato illegittimo il procedimento della Commissione giudicatrice del concorso per la nomina di un medico condotto perchè non risultavano dalla relazione criteri di massima per la valutazione dei titoli; questi non erano elencati compiutamente e i punti non erano stati assegnati per ciascuna categoria di titoli.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. Giovanni Selvaggi, esercente in Cassazione, cons. legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA ASSICURATIVA.

Le assicurazioni sociali ed i medici in Inghilterra.

Il dottor A. Cox, segretario generale della British Medical Association, in una conferenza tenuta a Bruxelles ha esposto i capisaldi della legge inglese sull'Assicurazione Malattie e gli effetti della sua applicazione dal punto di vista medico dal 1913, anno in cui andò in vigore, fino al 1930.

L'assicurazione malattia è obbligatoria per ogni persona, uomo o donna, di età superiore ai 16 anni, impiegata come operaio manovale qualunque sia la sua paga, e per ogni lavoratore non manovale con guadagno annuale non superiore a 250 sterline (circa 23.000 lire italiane).

Nel 1929 sopra una popolazione di 44.500.000 si ebbero 17.000.000 assicurati.

Il contributo assicurativo è pagato settimanalmente dall'operaio e dal padrone in parti uguali (Lire italiane 1,65 per ciascuno). Lo Stato paga la settima parte per l'uomo e la quinta parte per la donna dell'ammontare delle spese di amministrazione e di assicurazione.

L'amministrazione centrale è controllata dal Ministero della Sanità, che raccoglie i contributi e paga a ciascun Comitato di Assicurazione locale ed a ciascuna cassa locale le somme rispettivamente occorrenti per il servizio medico e per i sussidi pecuniari.

Il Ministero fa i regolamenti per l'applicazione della legge consultando sempre una Commissione che rappresenta le Casse e le Associazioni dei farmacisti e dei medici.

In ogni regione funziona un Comitato di Assicurazione composto di rappresentanti delle Casse, del Ministero, dell'autorità sanitaria locale, dei farmacisti e dei medici. Esso ha il còmpito di preparare la lista dei medici e dei farmacisti che desiderano prendere parte al servizio di assicurazione, ed è responsabile del buon funzionamento locale delle prestazioni in natura.

Il servizio di assistenza medica è imperniato sul principio della libera scelta da parte dell'assicurato.

L'idea del medico funzionario, imposto al malato, è assolutamente bandita dalla legge inglese.

L'assicurato può scegliere un medico dalla lista locale. Può anche cambiarlo facendone richiesta all'ufficio. Reciprocamente ogni medico può rifiutare un associato sempre che nelle vicinanze vi sia un altro medico che consenta di assumerlo in cura. In caso di difficoltà decide il Comitato di Assicurazione.

Un medico non può prendere in lista più di 2.500 assicurati, ma in pratica ogni medico ha la media di 1000 assicurati.

I medici hanno per contratto di prestare tutte le cure che non richiedano un'abilità speciale. Il servizio quindi non è completo: manca la cura da parte di specialisti e l'assistenza in ospedale.

Tuttavia molte casse hanno già ammesso un'assistenza speciale oculistica ed odontoiatrica.

Se il medico generico è in grado di prestare un servizio all'infuori del contratto, può darlo e metterlo in conto dell'assicurato, ma deve informarne il Comitato d'assicurazione dando i dettagli del servizio reso. Comunque il pratico deve dimostrare al Comitato medico di avere acquisita l'abilità speciale con studi e frequenza in ospedali, o che egli è generalmente conosciuto dai colleghi come competente nella specialità in questione.

L'assicurato può reclamare contro il proprio medico al Comitato d'assicurazione, il quale ha un tribunale composto di medici ed assicurati in numero eguale e di un presidente neutro.

In base ai rapporti di questo Tribunale il Comitato d'Assicurazione può: 1) ridurre il numero degli iscritti sulla lista del medico, qualora essi siano ritenuti eccessivi per potere essere bene assistiti; 2) caricare al medico le spese che il malato ha dovuto sopportare per difetto o negligenza da parte del medico; 3) rinviare la quistione al Ministero per le eventuali sanzioni; 4) proporre al Ministero la radiazione del medico dalla lista. In questo ultimo caso la causa è trattata da un tribunale speciale composto di un legale e di due medici che fanno un rapporto al Governo che decide. Negli altri casi il medico ha sempre diritto di appellarsi al Ministero.

In quanto al modo di compensare i medici sono stati sperimentati varii metodi. Il pagamento a prestazioni tentato in due regioni ha dato luogo ad inconvenienti per cui si è dovuto abbandonarlo. Oggi è generalmente adottato il pagamento per abbonamento annuale. Per ogni assicurato iscritto nella lista del medico viene corrisposta ogni anno una somma pari a circa 40 lire italiane. Nelle regioni rurali viene aggiunta un'indennità supplementare per le distanze da percorrere.

I principali inconvenienti inerenti all'applicazione dell'assicurazione malattie sono quelli derivanti dal pagamento dei sussidi e quindi dall'aumentato numero delle assenze dal lavoro per malattia, delle notevoli spese per i farmaci, della violazione del segreto professionale.

Il certificato del medico fiduciario attestante che l'assicurato è impedito al lavoro per malattia, dà diritto all'operaio ad un'indennità giornaliera.

L'esperienza ormai lunga ha dimostrato che in conseguenza di questo vantaggio concesso agli assicurati la morbilità è andata progressivamente aumentando.

Dal 1921 al 1927 i sussidi giornalieri sono aumentati del 41 % per gli uomini, del 60 % per le donne nubili, del 106 % per le maritate. Si è constatato che sono prevalentemente aumentate le malattie di breve durata.

Questi fatti che hanno conseguenze finanziarie imponenti e minacciano seriamente il sistema assicurativo vengono attribuiti generalmente ad eccessiva condiscendenza da parte dei sanitari.

Una Cassa nel 1929 ha inviato agli ispettori medici 165.863 assicurati per controllare se fossero effettivamente inabili al lavoro, ma di essi 79.324, ossia quasi la metà, non si presentarono alla visita di controllo e ripresero il lavoro.

Tra quelli che si presentarono un buon terzo fu trovato in grado di lavorare.

Per mettere un argine a questa tendenza si è pensato di restringere le libertà dell'assicurato, di cambiare il medico a suo capriccio, perchè pare che i medici rilascino sempre i certificati d'impedimento al lavoro per evitare che i loro clienti si facciano iscrivere nella lista di medici più arrendevoli.

Qualora questo provvedimento fosse adottato verrebbe infranto il principio della libera scelta che costituisce il cardine della buona assistenza. Su questo punto i medici inglesi si sono strenuamente battuti e sono disposti a lottare ancora, malgrado gli inconvenienti che praticamente si sono rilevati.

Le medicine sono generalmente fornite dai farmacisti ed in caso di mancanza, come in alcune regioni rurali, dagli stessi medici.

L'assicurato ha il diritto di essere curato con ogni specie di medicamento.

Quando un medico è troppo prodigo nel prescrivere, il che purtroppo si verifica, le sue ricette sono verificate da un ispettore.

Se egli non dà spiegazioni sufficienti riceve un avvertimento, ed in caso di perseveranza viene deferito al Comitato medico il quale può fare proposta al Ministero di esigere dal medico il rimborso della spesa delle medicine prescritte senza necessità.

Per quel che riguarda il segreto professionale la discussione è stata molto viva. I medici hanno espresso il voto di essere autorizzati a non essere molto precisi nell'indicazione della malattia constatata. Ma le Casse oppongono che i certificati costituiscono cambiali che esse debbono pagare, e vogliono avere i mezzi di controllare. Una commissione speciale ha esaminato la quistione e si è venuti alla decisione che il medico deve indicare sul certificato la diagnosi per quanto più è possibile precisa, salvo quando ritiene che la rivelazione della malattia possa nuocere all'assicurato, nel qual caso deve riferire all'ispettore medico la vera natura della malattia.

Questa pratica è seguita molto raramente. In effetti poichè il certificato viene consegnato allo stesso assicurato, questi, qualora non voglia far conoscere alla Cassa il proprio male, può sopprimere il certificato, rinunziando, beninteso, al beneficio pecuniario.

Malgrado tutti gli inconvenienti il sistema delle assicurazioni malattie va sempre più acquistando credito nella coscienza del popolo inglese.

La guerra e la conseguente crisi economica non hanno consentito i necessarii perfezionamenti. Una commissione reale ha recentemente d'accordo con l'Associazione medica Inglese raccomandato l'estensione del servizio medico: servizio degli specialisti e delle ricerche di laboratorio. Si attende una migliore sistemazione finanziaria per mettere in pratica questa raccomandazione.

La lettura della conferenza del dottor Cox dà l'impressione che le cose vadano tutt'altro che bene, quantunque l'oratore abbia cercato di attenuare gli inconvenienti. Quelli cui ha accennati sono sufficienti a far ritenere che l'assicurazione obbligatoria sulle malattie, per lo meno come istituzione statale o parastatale sia finanziariamente e socialmente dannosa.

DR.

Cronaca del movimento professionale.

Contro il "comparaggio" medico-farmaceutico.

Sui giornali di Milano sono comparsi vari articoli relativi al deprecato comparaggio tra medici e farmacisti.

Il Sindacato medico fascista della Provincia di Milano comunica al riguardo:

« Il Consiglio dell'Ordine dei medici ed il Direttorio del Sindacato medico, riunitisi in seduta a proposito degli articoli comparsi sui giornali per il *compérage* medico; constatano che la campagna era già stata iniziata sui giornali medici dagli enti professionali e che si escogitavano provvedimenti; deplorano che le attuali pubblicazioni siano deviate in offesa all'intera classe; formula l'augurio che l'opinione pubblica, riconoscente per quanto la classe medica ha sempre fatto in pro dell'umanità in pace ed in guerra, abbia ad avere del medico il concetto dell'alta missione di apostolato civile che è stata ed è la migliore ricompensa intima all'opera sua ».

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AQUILA DEGLI ABRUZZI. — Scad. 13 apr.; due condotte; L. 10.000 e 4 quinquenni dec.; ritenuta 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.10.

BRINDISI. — Al 20 mag.; rivolgersi segret. Com.

BARBARANO VICENTINO (*Vicenza*). — Scad. 15 apr.; rivolgersi Segreteria.

BRUSNENGO (*Vercelli*). — Scad. 10 apr.; L. 7010 e indenn. varie; età lim. 40 a.

BULZI (*Sassari*). — Scad. 31 mar.; L. 8400 e 4 aumenti dec., oltre L. 704 uff. san., L. 400 serv. antimalarico ambulatorio; assunzione immediata.

CASTELPLANIO (*Ancona*). — Scadenza 20 aprile. Condotta medico-chirurgica della frazione di Poggio San Marcello. Stipendio L. 7840 oltre alla indennità di cavalcatura di L. 2540 e il caro viveri. Documenti soliti. Tassa concorso L. 50. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale.

CATANZARO. *R. Prefettura.* — Ufficiali sanitari per un Consorzio (con sede in S. Vito Ionio) e per 9 comuni; scad. ore 18 del 30 apr.; stipendi da L. 4000 a L. 9500 e 5 quadrienni dec. e per il Consorzio indenn. L. 3000; età lim. 45 a.; doc. a 3 mesi dal 14 feb.

DINAMI (*Catanzaro*). — Scad. 31 mar.; 2ª cond.; L. 8000 riducibili come per legge; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

FALVATERRA (*Frosinone*). — Condotta medico-chirurgica. Stipendio L. 10.500 e cinque aumenti quadriennali del decimo. Età lim. anni 40. Tassa L. 50. Scadenza 31 marzo.

GENOVA-VOLTRI. *Opera Pia Ospedale S. Carlo.* — Chirurgo primario; proroga a tutto 31 mag.; età lim. 40 a.; doc. a 3 mesi dal 7 mar.; tassa L. 50,10; L. 6000 e 4 sessenni dec.; partecipaz. Chiedere annunzio.

IDRIA (*Gorizia*). — Scad. 31 mag.; consorzio; L. 9680 e 6 quadrienni dec., oltre L. 528 serv. att., c.-v., L. 2640 automob. o cavallo; per uff. san. L. 865; assegni già epurati del 12 %. Età lim. 35 a. Tassa L. 50,10.

LISSO (*Rodi*). — Medico comunale; scad. 25 maggio. Trattative dirette col Municipio.

LUSERNA (*Trento*). — Scad. 15 apr.; con Lavarone; L. 9500, altre indennità L. 2375, c.-v.; tassa L. 50. Rivolgersi Presidenza del Consorzio.

MAGIONE (*Perugia*). — Scad. 28 apr.; 3º reparto; L. 8000 oltre L. 1800 serv. att., 5 sessenni dec., c.-v.; limitazioni e riduzioni di legge; L. 500-2000-4000 trasp.; tassa L. 50,15.

MAIANO (*Udine*). — Scad. 31 mar.; rivolgersi Segreteria.

MILANO. — Il Pio Istituto di S. Corona, via Cesare Correnti 13, informa che la chiusura del concorso al posto di Medico-Direttore degli Istituti elioterapico-chirurgico-ortopedico e profilattici di Pietraligure (Savona) è prorogata al 5 apr.

MONTESPERTOLI (*Firenze*). — Scad. 2 apr.; 3ª cond.; L. 8500 e 8 trienni dec.; p. cavalc. L. 2000; età lim 35 a.

PIACENZA. — Scad. 23 mag.; medico aggiunto Ufficio municipale d'Igiene; L. 12.000; 5 trienni e 1 quinquennio dec.; indenn. temporanea d'integraz.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

PRASOMASO (*Sondrio*). — Per titoli; 1º assistente nel Sanatorio « Umberto I ». Età non superiore ai 35 anni; documenti di rito. Stipendio L. 7200, con cinque aumenti di annue L. 2000, l'uno e l'altro ridotti del 12 % per effetto R. D. L. 20 nov. 1930, N. 1491. Vitto ed alloggio « ad personam ». Scadenza 8 aprile. Domande all'Amministrazione, via De Amicis 45-A, Milano.

PRIVERNO (*Roma*). — Scad. 10 mag.; zona Roccasecca dei Volsci; L. 10.500 ridotte 12 %, oltre L. 500 pei poveri residenti oltre 500 m. dal centro abitato; 5 quinquenni dec.

ROCCADICAMBIO (*Aquila*). — Scad. 8 apr.; L. 9240, oltre L. 440 uff. san.; popolaz. tutta agglomerata. Tassa L. 50,10.

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni (Ferrovie dello Stato).* — Medico di riparto per: Scanzano, Belfiore, Sassoferrato (Ancona), Fasano, Ostuni, Squinzano (Bari), Poggio Rusco, Savignano di Romagna (Bologna), Bagno a Ripoli (Firenze), Soresina (Milano), Sarno, Campobasso II, Gaeta-Elena (Napoli), Tivoli II, Frascati (Roma), Belvedere, S. Fili, Cetraro (Salerno), Calciano (Taranto), Nizza, Monferrato II, Savigliano (Torino), Brunico (Trento), Cormons (Trieste), Pojana di Granfion, Feltre (Venezia). Titoli. Inviare domanda e richiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati fra parentesi). Scadenza ore 17 del 20 aprile.

S. VITO AL TAGLIAMENTO (*Udine*). — 2ª cond.; scad. 31 mar.; L. 8000 e 6 quadrienni dec., addizionale L. 1 oltre i 1500 poveri, L. 500 serv. att., c.-v., L. 3000 trasp.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.

SEPINO (*Campobasso*). — Scad. 5 mag.; L. 5016 e 3 quinquenni dec.; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10.

TRAONA (*Sondrio*). — Consorzio medico Traona-Mello-Cercino. Per titoli. Abitanti 3900. Obbligo di residenza in Traona. Scadenza ore 18 del 15 aprile. (V. prec. N. 10).

VERCELLI. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Coadiutore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e Profilassi. Stipendio annuo iniziale lordo lire 17.000, oltre a L. 2000 di indennità, il tutto ridotto del 12 %. Sei aumenti quadrienn. del decimo sullo stipendio. Documenti prescritti dall'articolo 8 del R. D. 16 gennaio 1927, N. 155, oltre a copia dello stato di servizio militare per chi lo abbia prestato. Scadenza 5 maggio. Per chiarimenti e per ottenere l'avviso di concorso rivolgersi alla Segreteria Provinciale.

VERONA. *Municipio.* — Due condotte; a tutto 15 apr.; stip. L. 8000 e L. 9000; quadrienni; serv. att. L. 1400 e L. 1700; c.-v.; per trasp. L. 3000; riduz. 12 %; doc. a 3 mesi dal 27 feb.; 3 anni di assistentato o condotta; serv. entro 15 gg. Chiedere ann.

VIPACCO (*Gorizia*). — Scad. 1º mag.; consorzio; L. 7920 oltre L. 440 serv. att., L. 2640 automob.; 6 quadrienni dec.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Gino Baggio, stabile di Patologia chirurgica presso la R. Università di Cagliari, è stato dalla Facoltà incaricato dell'insegnamento della Clinica Chirurgica, vacante per la morte del prof. Binaghi, e proposto per il trasferimento a detta cattedra. Rallegramenti al prof. Baggio, valoroso allievo della Scuola di Roma.

Un recente decreto ha riconfermato in carica tutti i membri del Consiglio Superiore dell'Educazione Nazionale, scaduti per sorteggio. Rimangono così a far parte della I Sezione (istruzione superiore) i proff. Nicola Leotta di Bari, Eugenio Morelli di Roma, Giovanni Pascale di Napoli e Luigi Simonetta, libero docente d'igiene.

Su proposta della Presidenza della Confederazione Nazionale Sindacati Fascisti, professionisti e artisti, l'odontoiatra Felice De Dominicis è stato nominato in seno al Sindacato Medico Fascista, rappresentante degli odontoiatri.

Presso la Facoltà medica della R. Università di Bologna il premio Vittorio Emanuele è stato assegnato al dott. Oscar Scaglietti; una menzione onorevole avente valore morale di premio è stata conferita al dott. Vittorio Migliori; il premio Luigi Concato è stato assegnato al dott. Oscar Scaglietti; il premio Giovanni Perna allo studente Teodoro Postèli.

Alla Commissione dei sieri e vaccini della S. d. N., in sostituzione del defunto prof. Gley, è stato nominato il prof. Camille Delezenne, dell'Istituto Pasteur di Parigi.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Pavia.

Relazione morale della Società Medico-Chirurgica di Pavia pel 1930.

Nella seduta del 30 gennaio 1931 della Società Medico-Chirurgica di Pavia, il presidente prof. Adolfo Ferrata ha svolto la relazione morale sulla attività della Società stessa per il 1930.

Ricorda che furono tenute durante il 1930 n. 8 sedute con 44 comunicazioni su svariati argomenti di indole clinica e biologica. Tali lavori riuniti nei 6 fascicoli del Bollettino dell'annata, ricco di 842 pagine, sono documento indiscutibile del proficuo lavoro dell'antica asociazione.

Propone quindi di procedere al rinnovo delle cariche sociali per votazione segreta, ma l'Assemblea, su proposta del prof. Emilio Veratti, unanime, per acclamazione riconferma in carica il Consiglio direttivo, al quale volge un voto di plauso per i risultati scientifici conseguiti dalla Società stessa.

Il prof. Ferrata ringrazia dell'alta prova di fiducia conferitagli con tale conferma, e assicura di voler continuare a dare all'Associazione molta parte della sua attività.

L'anatomico Luigi Sala commemorato nella sua Scuola.

Il 27 gennaio u. s. nell'Aula dell'Istituto di Anatomia Umana normale il prof. Antonio Pensa, per incarico della Società Medico-Chirurgica di Pavia ha commemorato il prof. Luigi Sala, parlando di lui e della Scuola anatomica pavese.

Il presidente della Società prof. Adolfo Ferrata, ha ricordato con commosse ed alate parole i grandi scomparsi dell'Ateneo pavese negli ultimi cinque anni: Camillo Golgi, Aldo Perroncito, Luigi Sala.

Il prof. Pensa, rievocata la figura del maestro, esempio di attività feconda e di abnegazione ammonitrice di rettitudine, lo esalta come perfettamente aderente al carattere fondamentale della Scuola anatomica pavese: inadattabilità intransigente al mediocre, rispetto quasi religioso per la scienza, alta valutazione della missione dell'insegnante.

Il prof. Pensa rievoca quindi le figure degli antichi maestri di anatomia che onorarono l'Ateneo pavese e di cui la serie si chiude col Sala.

In campi nei quali l'operosità scientifica del Sala ebbe il coronamento dei risultati più ragguardevoli e carattere particolarmente personale, riguardano la fine anatomia del sistema nervoso, l'embriologia generale, la morfogenesi del sistema linfatico, la morfologia comparata del miocardio, oltre a parecchi altri lavori di biologia e teratologia umana.

Il Sala, che fu di Camillo Golgi allievo, assistente, fedelissimo amico, per tenero affetto e per venerazione, come figlio, continuatore dei concetti del maestro, ebbe in sommo grado doti di osservatore acutissimo, di tecnico insuperabile, nella critica e nel lavoro di controllo e di conclusione equilibratissimo.

Dopo una minuta rassegna dei lavori il prof. Pensa ricorda come il prof. Sala andasse da anni raccogliendo materiale per un lavoro morfologico di grande mole e di sommo interesse sulla costituzione ed architettura del miocardio dei vertebrati, ma la morte lo sopraggiunse quando ancora il lavoro non era completato.

« Morì — conclude il prof. Pensa — il 16 maggio 1930, colla mente intesa a quel lavoro stesso per cui nella vita aveva affaticato e gioito, fra le domestiche pareti del suo laboratorio ».

Paolo Introzzi.

Per l'istituzione di un premio annuo presso la R. Università di Roma, da intitolarsi: "Fondazione Vittorio Ascoli,,

Primo elenco di oblazioni:

Aiuti e assistenti della R. Clinica Medica di Roma (1° versamento)	L.	3.000 —
Comm. Luigi Pozzi, editore del « Policlinico »	»	5.000 —
Prof. R. Alessandri (Roma) . .	»	500 —
Prof. R. Dalla Vedova (Roma) . .	»	500 —
Prof. P. Piccinini (Milano) . .	»	100 —
	L.	9.100 —

Prossimamente verranno comunicati i nomi dei membri componenti il Comitato d'onore e di quello esecutivo.

Le sottoscrizioni si ricevono presso la Clinica Medica al Policlinico Umberto I, Roma; ovvero presso il nostro periodico, via Sistina 14, Roma.

NOTIZIE DIVERSE.

2° Congresso internazionale di actinologia.

È indetto a Copenaghen — la patria di Finsen — dal 15 al 18 agosto 1932. Temi: « Compito del pigmento nella biologia e nella terapia della luce ». relatori Brody (Francia) e Miescher (Svizzera); « Come può spiegarsi l'effetto dei bagni di luce nella tubercolosi? », relatori H. Gauvain (Inghilterra) e Jesionek (Germania); « Organizzazione delle ricerche elio-climatiche in relazione con l'igiene pubblico », relat. Hausmann (Austria) e Rollier (Svizzera); « Fissazione dell'unità di misura per i raggi U.-V. », relat. Saidman (Francia). Il Comitato organizzatore è presieduto dal dott. A. Reyn; segretario generale ne è il dott. E. Reckling. Per informazioni, programmi e iscrizioni rivolgersi agli uffici del Congresso: Finseninstitutet, Strandboulevarden, Copenhague, Danimarca.

2° Congresso internazionale di oto-rino-laringologia.

È indetto a Madrid per il settembre 1932; la presidenza onoraria ne è stata accettata dal Re Alfonso XIII; il Comitato organizzatore è costituito come segue: presidente dott. Garcia Tapia; vice-presidente dott. Casadesús; segretario generale dott. Fumagallo; segretario aggiunto dott. Tapia Hernando; tesoriere dott. Jimenéz Encinas; tesoriere aggiunto dott. Martínez Andreu; membri i dottori Hinojar, Aciego de Mendoza, Bertrán e González Villanueva.

Congresso internaz. per gli studi sulla popolazione.

È organizzato dal Comitato italiano per lo studio dei problemi della popolazione ed avrà luogo a Roma dal 7 al 13 settembre, sotto la presidenza onoraria di S. E. Mussolini e sotto la presidenza effettiva del prof. Corrado Gini. Il programma s'inspira a scopi rigorosamente scientifici; è interdetta ogni propaganda d'ordine politico, morale o religioso. Il Congresso comprenderà le seguenti Sezioni: 1ª biologia ed eugenica, 2ª antropologia e geografia, 3ª medicina e igiene, 4ª demografia, 5ª sociologia, 6ª economia, 7ª storia, 8ª metodologia. La quota è di L. 50 per gl'invitati, di L. 100 per altri aderenti; essa dà diritto agli Atti. Per informazioni rivolgersi al Comitato in via delle Terme di Diocleziano 10, Roma.

6° Congresso internazionale di medicina e farmacia militare.

Facendo seguito alle comunicazioni precedenti si partecipa che la seduta di inaugurazione del Congresso avrà luogo il 15 giugno 1931 alle ore 14,30 nella gran sala del Gebouw voor Kunsten en Weteuschappen.

Si sono già comunicati i ribassi ferroviari concessi dalle Compagnie di trasporti ferroviari, aerei e marittimi. Si rendono note ora le condizioni che l'Agenzia Thos. Cook ha ottenute per le diverse categorie di alberghi: (prezzo in fiorini): Aja (città), Categoria A 7,25, B 5,50, C 4,25, D 3,50; Spiaggia di Scheveningen (a circa 4 Km. dalla città), Categoria A 6,25, B 5,00, C 4,25, D 3,00. Nel prezzo della camera è compresa anche la piccola colazione e s'intende tale prezzo giornaliero e per ogni persona nelle camere per due persone. Alcuni Hôtels esigono un supplemento di prezzo per le camere ad un letto. Per ogni altra spiegazione rivolgersi all'Agenzia Cook.

Congresso francese di ginecologia e ostetricia.

Il prossimo Congresso dell'Associazione dei ginecologi ed ostetrici di lingua francese si terrà a Bordeaux dal 1° al 3 ottobre. Temi: « La diagnosi radiologica in ginecologia », relatori Cotte (Lione) e Henrotay (Anversa); « Le emorragie tardive da secondamento », relat. Andérodias e Féry (Bordeaux), Couvelaire (Parigi); « Sui mezzi sociali atti a far scoprire il cancro del collo uterino », relatori Hamant (Nancy) e Küping. (Ginevra). Per informazioni rivolgersi al Dr. Balard, rue Dufour-Dubergié 9, Bordeaux, Francia.

1° Convegno medico cattolico.

Il 14 marzo si è tenuto a Napoli, nei locali della Clinica chirurgica diretta dal prof. Pascale, il 1° Convegno medico cattolico, organizzato dal Segretariato di cultura della Giunta Diocesana.

Il prof. Pascale ha rivolto un saluto ai tre oratori ufficiali, proff. Barbieri, Gemelli e Sciuti.

Il prof. Barbieri ha chiarito il significato dell'iniziativa, che ha lo scopo di raccogliere, in tornate esclusivamente culturali, i medici cattolici di Napoli per lo studio dei problemi che presentino particolare interesse dal punto di vista scientifico e professionale.

Padre Gemelli ha parlato della missione del medico e degli scopi della sezione napoletana dei medici cattolici.

Il prof. Sciuti ha intrattenuto l'uditorio sul tema: « Neomaltusianismo in rapporto alla salute ».

Poco prima il padre Gemelli aveva tenuto, nel salone della Curia Arcivescovile, una conferenza relativa all'enciclica papale sul matrimonio cristiano.

Giornate d'aviazione sanitaria coloniale.

Su proposta della Commissione dei Congressi dell'esposizione coloniale di Parigi, il commissario generale dell'esposizione ha autorizzato la Lega degli « Amici dell'aviazione sanitaria » ad istituire delle giornate d'aviazione sanitaria coloniale, dal 25 al 30 luglio. Potranno parteciparvi medici francesi e stranieri. Comporteranno conferenze e discussioni, visite alle officine e al centro medico dell'aeroporto del Bourget, feste, escursioni, ricevimenti ufficiali all'« Aéro-Club de France », al Municipio, al commissariato generale, ecc. Sono organizzate in perfetto accordo con le « Giornate mediche coloniali » di cui abbiamo già dato notizia. Quota: 100 franchi per i congressisti e 50 per gli aderenti (persone di famiglia, studenti). Per qualsiasi informazione rivolgersi a: Secrétariat des « Amis de l'aviation sanitaire », square Trudaine, rue des Martyres 52, Paris (IXe).

Giornate mediche di Bruxelles

Abbiamo già annunziato che si terranno dal 20 al 24 giugno. È stato deciso di consacrare una sessione alla memoria e all'opera del compianto prof. Fernand Widal, sotto la presidenza del prof. Auguste Ley. Il prof. Bezançon ha accettato la presidenza della delegazione francese di tali onoranze; egli ha riunito i principali allievi ed amici

del prof. Widal ed ha tracciato il programma che era stato stabilito d'intesa con il Comitato belga d'organizzazione.

8° Congresso nord-americano di stomatologia.

La Società Americana degli stomatologi si adunerà a New York, nell'Hotel McAlpin, nei giorni 16 e 17 aprile. Temi in discussione: 1° L'insegnamento professionale; 2° Per la riduzione del costo delle cure dentarie; 3° Programma del I° Congresso internazionale indetto a Budapest dal 2 al 7 settembre.

Associazione americana per lo studio del gozzo.

Si adunerà a Kansas City dal 7 al 9 aprile. Sono in programma varie relazioni, specialmente sulle lesioni cardiache nei gozzuti, sul trattamento pre- e post-operatorio, ecc. Un premio di 300 dollari (circa 6000 lire it.) ricompenserà il miglior lavoro originale o clinico sulla questione del gozzo.

Sezione romana della federazione italiana per gli studi scientifici sulla tubercolosi.

Il 1° dicembre dello scorso anno si radunarono nei locali della Federazione Naz. Fascista per la lotta contro la tubercolosi (in Roma, via Nazionale 172) i soci: Zanelli P., Zanelli C., Laurenti, Signorelli, Mendes, Omodei Zorini, Bocchetti, Benedetti, Ilvento, Fioretti, Della Seta, L'Eltore, Rabbiosi, Vercesi, Vignolo Palombella, sotto la presidenza del prof. P. Zanelli. Si procette alla nomina del nuovo Consiglio direttivo, che risultò composto dai proff.: on. E. Morelli, presidente; Zanelli Pietro, vice presidente; Laurenti Gaetano, Mendes Guido, Signorelli Angelo, Bocchetti Federico, membri; Omodei Zorini Attilio, segretario.

Il 29 gennaio si tenne la seconda seduta, nella sala dell'Accademia Lancisiana, presenti una quarantina di soci, sotto la presidenza dell'on. Morelli. Vennero fatte varie comunicazioni scientifiche, sulle quali riferiremo in altra parte del periodico.

Federazione della stampa medica latina.

Il Comitato permanente della Federazione si è adunato il 28 febbraio a Parigi, sotto la presidenza del prof. Maurice Loeper; l'Italia era rappresentata dal prof. De Blasio.

Si è proceduto al rinnovo delle cariche. Alla presidenza è stato chiamato il prof. Léopold Mayer. Non essendo ancora giunta notizia della perdita del prof. V. Ascoli, l'assemblea lo proclamò presidente d'onore. Come segretario generale è stato confermato il dott. L. M. Pierra, cui vanno indirizzate tutte le comunicazioni (rue de Richelieu 101, Parigi).

* * *

Ricordiamo ai nostri lettori che l'Ufficio parigino della Stampa Medica latina (rue de Richelieu 101, angolo del boulevard des Italiens), è aperto gratuitamente a tutti i medici e studenti in medicina di tutte le nazionalità che abitino Parigi o che siano di passaggio in detta città, ogni giorno non festivo dalle 9 e mezza alle 12 e dalle 15 alle 18.

Vi si possono consultare i periodici medici redatti nelle lingue latine (spagnolo, francese, italiano, portoghese, rumeno), come anche un gran numero di lavori scientifici pubblicati nelle dette lingue. Potranno attingervisi informazioni riguardanti le Università, le Cliniche, gli Ospedali, ecc. Si potrà profittare di alcuni vantaggi d'ordine materiale (riduzioni negli alberghi, ecc.).

Per informazioni complementari, scrivere al dott. L. M. Pierra, segretario generale della Federazione della Stampa Medica Latina, rue de Richelieu 101, Parigi (2).

Associazione professionale dei giornalisti medici francesi.

Sono stati eletti per il 1931: presidente G. Lemoine (Lilla); vice-presidenti G. Duchesne (Parigi) e Sarradon (Marsiglia); segretario A. Garrigues (Parigi).

Corso complementare d'igiene pratica.

Si terrà presso la R. Università di Padova, per aspiranti ufficiali sanitari, dal 13 aprile al 12 giugno; tassa L. 300,50; norme consuete.

Corso sulla tubercolosi per medici condotti.

È stato organizzato a Milano, dal Consorzio Provinciale Antitubercolare, dal Sindacato Provinciale Fascista dei Medici e dalla Sezione Provinciale dell'Associazione Nazionale Fascista dei Medici condotti, in 18 lezioni. La lezione inaugurale fu tenuta il 1° marzo dall'on. Morelli.

Corsi di perfezionamento in otorinolaringologia.

Presso la Clinica Otorinolaringologica di Strasburgo nel 1931 avranno luogo due corsi di perfezionamento. L'uno (30 marzo-1° aprile) ha per programma la *chirurgia tonsillare;* l'altro (16-26 luglio) tratterà della *tecnica operatoria della specialità.*

Per schiarimenti rivolgersi al direttore prof. G. Canuyt, Nouvelle Clinique Oto-Rhino-Laryngologique, Hôpital Civil, Strasbourg (Bas-Rhin).

Preventorio infantile a Cortina d'Ampezzo.

È stato eretto dal dott. Tomassini-Barbarossa, valoroso pediatra marchigiano, ricco di censo. Egli vi ha profuso ingenti mezzi ed ha presieduto direttamente alla costruzione.

La « Villa Blu » non ha nulla che ricordi la casa di cura. Amplissime camere, sale da pranzo, ampie terrazze coperte e scoperte, costituiscono un complesso magnifico di disposizione e manutenzione. I servizi sanitari sono di prim'ordine. Le *nurses* formano un corpo scelto e numeroso.

Assistenza all'infanzia illegittima in provincia di Forlì.

Con semplice ed austera cerimonia, preceduta dalla benedizione impartita da S. E. il Vescovo di Forlì, mons. Jaffei, alla presenza del vice-preside della provincia, ing. Mazzoni e del segretario dott. Pozzi, si è aperto l'Istituto provinciale Vittorio Emanuele III per l'Infanzia, nel quale vengono accolti i bambini illegittimi completamente abbandonati o che abbisognano di speciali cure e indagini di carattere sanitario. L'amministrazione provinciale assume inoltre, per l'avvenire, la diretta assistenza dei settecento illegittimi della provincia, sino all'età di 14 anni.

L'Istituto è diretto dal dott. Venuti.

Conferenze.

Il cav. di gr. cr. dott. Alberto Lutrario, ex direttore generale della Sanità pubblica e attual-

mente delegato italiano presso le Organizzazioni internazionali d'igiene, ha tenuto nella sede dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni una conferenza sul tema: « Come prolungare la vita umana ». (In un prossimo numero riporteremo una parte dell'interessante conferenza).

* * *

Il prof. Sabato Visco, della R. Università di Roma, ha tenuto nella sede dell'Istituto Superiore di Cooperazione e Legislazione Sociale in Roma (Foro Italico 20) una conferenza al corso di Economia domestica e dei consumi, trattando il tema « I fondamenti fisiologici dell'alimentazione ».

* * *

Il dott. Vincenzo Lo Bianco ha parlato, nella sede dell'Associazione fra i pugliesi a Roma, de « La clinica dell'Inferno » (i malati nell'Inferno di Dante).

* * *

L'ing. Carlo Clerici, nelle magnifiche « sale di dimostrazione » di cui la Società Elettricità e Gas di Roma ha dotato la capitale, ha trattato de « Il sole artificiale ».

I nuovi prezzi del chinino di Stato.

Con decreto del Ministro delle Finanze sono stati fissati i nuovi prezzi del chinino di Stato per la vendita al pubblico e per la cessione agli Enti che hanno l'obbligo per legge di farne la gratuita somministrazione; essi sono andati in vigore col 1° marzo.

Mostra del prodotto chimico farmaceutico a Bologna.

In considerazione dell'ottimo risultato ottenuto lo scorso anno dalla mostra del prodotto chimico-farmaceutico all'Esposizione riunita al Littoriale di Bologna, la Federazione nazionale fascista delle industrie chimiche ed affini, con sua circolare del 30 gennaio scorso, invita tutti gli aderenti a partecipare alla « Fiera-esposizione », che sarà tenuta al Littoriale dal 14 al 31 maggio 1931. Inoltre il Consiglio della Federazione dei chimici di Roma, ha deliberato che tutti i rami dell'industria chimica concorrano ufficialmente alla mostra, la cui maggiore originalità consisterà nel primo congresso di erboristeria medicinale.

Per impedire l'importazione della peste dalla Persia in Russia.

La frontiera russo-persiana è stata chiusa da Meggri a Dyman in seguito allo scoppio della peste bubbonica in Persia. Le autorità russe hanno adottato misure straordinarie di precauzione per impedire il propagarsi dell'epidemia nella repubblica di Azerbagian.

Per l'incremento della popolazione nella Jugoslavia.

Il Consiglio dei Ministri della Jugoslavia ha deliberato d'introdurre la tassa sui celibi e sulle nubili. Inoltre ha deciso di esonerare da qualsiasi tassa le famiglie con più di nove figli.

Crociera in Oriente.

Ricordiamo che dal 1° al 7 aprile si svolgerà la crociera organizzata dalla « Revue générale des sciences ». Per informazioni, iscrizioni e pagamenti rivolgersi direttamente a: Sécrétariat des Croisieres de la « Revue générale des sciences », avenue de Tourville 28, Paris.

In morte del prof. Ascoli.

In occasione del luttuoso avvenimento, sono pervenute innumeri espressioni di condoglianza alla Signora Ascoli ed alla Famiglia.

Ne riportiamo alcune tra le più significative.

« Tutto ricordando e con non immemore sen-« timento d'amica gratitudine, nel Suo crudele « dolore Le sia di conforto la mia parola amica: « a Lei e tutti suoi ».

Emanuele Filiberto di Savoia.

« La fine immatura del Professor Ascoli mi rat-« trista profondamente. Ed io nel rivolgere il mio « pensiero affettuosamente riconoscente alla cara « memoria del clinico illustre invio a Lei ed ai « suoi l'espressione dolorosa del mio più vivo rim-« pianto ». *Duchessa d'Aosta.*

« Très ému apprendre nouvelle tragique, pré-« sents mes douloureuses condoléances hommages « respectueux ». *Rajchman.*

« Je me joins à toutes les amitiés qui Vous « présentent aujourd'hui l'hommage de leur dou-« loureuse sympathie pour le grand malheur qui « Vous frappe. J'aimais beaucoup le Professeur « Ascoli et son souvenir reste pour moi ineffa-« çable ». *Ambassadeur Perez.*

« Apprendo con vivo dolore la notizia tristis-« sima. La scomparsa dello scienziato illustre, del « medico che ebbe la bontà pari alla profonda « sapienza è vero lutto per quanti lo conobbero. « Prego Lei e i Suoi figliuoli di accogliere le mie « sincere commosse condoglianze ».

Federzoni.

« Con profondo sentimento d'estimatore e di « amico dello scienziato illustre dell'uomo buono « e retto partecipo al Vostro lutto dolente che mie « condizioni salute mi vietino intervenire funebri « onoranze ». *Salandra.*

« Tutte le nostre più profonde condoglianze nel-« la loro tristissima sventura ».

Famiglia Diaz.

« Profondamente addolorato scomparsa illustre « Professor Vittorio cui fui legato da antica cor-« diale amicizia esprimo anche da parte mia fa-« miglia le più affettuose condoglianze ».

Acerbo.

« Prego gradire mie vive condoglianze per per-« dita dolorosa insigne clinico e carissimo amico « e collega ». *Alfredo Rocco.*

« Prego accogliere mie sincere condoglianze per « la scomparsa dello illustre clinico che tanto ha « onorato la scienza medica italiana ».

Dino Grandi.

« Vivamente colpito grave lutto invioLe espres-« sioni profondo cordoglio ».

Pennavaria.

« A nome intero Consiglio Superiore di Sanità « esprimo il più vivo e profondo cordoglio per do- « lorosa perdita illustre Professore Vittorio Ascoli, « insigne figura di scienziato, di clinico e di filan- « tropo ».

Marchiafava.

« Vittorio Ascoli che amavo come amico ammi- « ravo come uomo e come scienziato illustre lascia « incolmabile vuoto nel mio cuore. Alla Sua me- « moria invio mesto saluto. Ai congiunti esprimo « mio profondo cordoglio ».

Senatore Filippo Cremonesi.

« Pregola voler accogliere espressione più pro- « fondo rammarico per grave sciagura che La col- « pisce ».

Francesco Boncompagni Ludovisi.

« Molte condoglianze sincere per grave lutto ».

Capo Gabinetto Presidenza Consiglio Ministri.

« Profondamente addolorati per la perdita del « grande paterno amico, del maestro insigne, del « cittadino ottimo, siamo intorno a Voi piangen- « doLo con Voi ».

Aldo Mimita Vecchini.

« Vivamente addolorati scomparsa illustre Pro- « fessore rievochiamo affettuosa amicizia onde « volle onorarci inviando nostre profonde sentite « condoglianze ».

Camillo Ambrogio Orlando.

S. M. la Regina ed altre Personalità hanno inviato a voce le condoglianze.

Molte espressioni di cordoglio sono anche pervenute al nostro periodico, da parte di amici e simpatizzanti, cui ne siamo grati.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Surg., Gyn. a. Obst., nov. — M. L. Mason e S. L. Koch. Infezioni della mano da morso umano. — S. W. Harrington. Tumori endotoracici; risultati dell'intervento chirurg. — W. Walters. Resezione della pelvi renale per idronefrosi.

Il Cancro, apr.-giu. — C. Cipriani e al. Comportamento delle proteine del succo gastrico nei casi di carcinoma dello stomaco. — M. Tasca e G. Villata. Corioepitelioma del testicolo.

Ann di Cl. Med. e di Med. sperim., sett. — E. M. Mondini. Influenza dell'insulina sulle correnti d'azione del cuore. — F. Bernocchi. Emotività costituzionale patologica e nevrosi traumatica. — E. Galante. Azione dell'eccitamento retinico sul ricambio gassoso.

Amer. Journ. Obst. a. Gyn., ott. — J. A. Sampson. Endosalpingiosi. — W. P. Graves. Emorragie uterine. — R. W. Te Linde. Tumori di cellule granulose dell'ovaio ed emorragie post-climatiche.

Journ. de Méd. de Paris, 13 nov. — Rodiet. L'anima delle prostitute.

Ann. d'Igiene, ott. — A. Boni. Diagnosi biologica di gravidanza. — A. Filippini. Esposizione d'igiene di Dresda.

Ann. de Méd., ott. — Numero sulle affezioni dell'apparato respirat.

Münch. Med. Woch., 14 nov. — v. Hagen. Trombosi latenti. — Mayer. Sierovaccini nelle sepsi. — Höring. Serologia della tbc.

Deut. Med. Woch., 14 nov. — Herzberg. Psicologia per la praxis medica. — Pleuge. Abuso di tabacco e sclerosi delle coronarie.

Mediz. Welt, 15 nov. — M. Burger. Esame funzionale della circolaz. e sport. — W. Ruhmann. Il reumatismo delle parti molli.

Quad. Med., 15 nov. — P. Rolandi Ricci. Acromegalia e trauma.

Indice alfabetico per materie.

V. Ascoli †, Red. capo. A. Pozzi, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXVIII Roma, 30 Marzo 1931 - IX Num. 13

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI †

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ospedale al Policlinico Umberto I in Roma - IX Padiglione.

Primario: Prof. G. BASTIANELLI

Sul rumore di Graham Steel nella stenosi mitralica

per il dott. DANILO CECCARELLI.

Fin dal 1889 G. Steel ha dimostrato in alcuni ammalati di stenosi mitralica la comparsa di un soffio diastolico, dolce, lungo il margine sinistro dello sterno, che egli attribuì ad insufficienza relativa dell'arteria polmonare.

Altri casi vennero riferiti in seguito da Barr, Pavinskj, Gouget, Rudolf, Sailer. Anche Vaquez e Magniel nel 1920 richiamarono l'attenzione su questa complicazione poco conosciuta, ma abbastanza frequente; l'insufficienza relativa dell'arteria polmonare si riscontrerebbe infatti, secondo Hall, nel 40 % dei casi di stenosi mitralica.

La presenza del soffio diastolico in parola non è stata da tutti gli AA. interpretata nella stessa guisa.

G. Steel, e con lui molti degli autori che successivamente lo constatarono, crede che la stenosi dell'orifizio atrio-ventricolare abbia l'effetto di provocare un aumento eccessivo di pressione nell'arteria polmonare con dilatazione del vaso, in cui l'orifizio finisce col rimanere sfiancato.

Lutembacher potè anche dimostrare come la insufficienza polmonare consecutiva a stenosi mitralica non solo poteva essere in rapporto con la dilatazione passiva del vaso, ma

anche con l'insediarsi sulle valvole dell'arteria polmonare di processi infettivi, frequenti negli individui affetti da vizi mitralici.

La realtà di questa insufficienza è stata però contestata da altri AA.

Così secondo Ortner il suddetto soffio diastolico non sarebbe che la propagazione in alto, sopra-stenotica, del soffio diastolico della mitrale.

Il fatto stesso che questa varietà di insufficienza polmonare è rimasta sconosciuta per tanto tempo, si può dire fino ad oggi, si spiega in quanto il suo soffio veniva probabilmente interpretato nel senso di Ortner oppure quale espressione di una concomitante insufficienza aortica; tale errore non deve destare meraviglia in quanto si sa come il soffio diastolico di questo si percepisce talvolta anche al lato sinistro dello sterno.

Crediamo pertanto opportuno pubblicare il caso seguente, occorso alla nostra osservazione.

Donna di anni 31, nubile, cucitrice, da Parigi. residente a Roma. Entra in questo reparto il 30 novembre 1930.

Nulla di notevole nel gentilizio.

A 15 anni bronchite.

Nel 1922 fu colta per un certo periodo di tempo da febbri intermittenti, precedute da brivido, che raggiungevano i 39°-40° e cadevano con sudore: non sa precisarne l'intermittenza.

Tali febbri furono ritenute come malariche e curate con chinino.

Fu in questa occasione che la paziente cominciò a notare affanno, senso di oppressione al petto. dolore alla regione interscapolare sinistra.

Nel 1926 fu colta da veri attacchi di asma cardiaco. Da tale epoca in poi non è stata più bene accentuandosi spesso il suo affanno e aumentando la debolezza.

Esame obbiettivo. — Sensorio integro. Nutrizione scaduta. Dispnea. Lieve cianosi dei pomelli. Lievi edemi pretibiali. Lingua detersa, umida. Nulla alle fauci.

Apparato circolatorio: Polso piuttosto frequente, uguale, ritmico, di media ampiezza.

Cuore: Regione precordiale senza speciali caratteri, animata da un movimento diffuso, non rientramenti intercostali; pulsazione localizzata al secondo spazio intercostale sinistro. L'itto della punta si delimita al sesto spazio intercostale, più di un dito all'esterno della emiclaveare. Il limite destro deborda due centimetri dalla marginale dello sterno. Il limite superiore sinistro è al secondo spazio intercostale. In corrispondenza della punta si palpa un fremito che segue immediatamente il secondo tono, con un rinforzo presistolico. Alla ascoltazione della punta il primo tono è sensibilmente forte; il secondo tono è seguito da un rumore diastolico aspro, con crescendo presistolico. Un rumore diastolico dolce si ascolta anche lungo il margine sinistro dello sterno con massimo di intensità al secondo spazio intercostale; esso non si trasmette sulle arterie del collo. Il secondo tono aortico è normale.

Torace: simmetrico, allungato. Alla base destra riduzione di suono, ove si ascoltano numerosi rantoli a medie e piccole bolle, prevalentemente inspiratori. Rumori secchi diffusi bilateralmente.

Addome: di conformazione regolare, trattabile. un po' dolente nel quadrante inferiore di sinistra. Fegato: limite superiore al quinto spazio intercostale sulla emiclaveare; limite inferiore si palpa a circa due dita trasverse dall'arco costale. Milza: nei limiti.

Da quanto sopra, non c'è alcun dubbio sulla diagnosi di stenosi dell'ostio mitralico; essa è ampiamente dimostrata dallo spostamento dell'itto della punta all'esterno, dall'ingrandimento dell'aia di ottusità cardiaca verso destra, dalla percezione del fremito diastolico-presistolico alla punta del cuore, dall'ascoltazione su questa di un primo tono vibrante e di un soffio diastolico-presistolico; dai caratteri del polso.

Ma quale interpretazione dobbiamo dare al rumore diastolico, che si percepisce sul focolaio della polmonare?

Fissiamone anzitutto i caratteri semeiotici: esso è dolce, diverso da quello aspro, rullante della stenosi mitralica; la sua sede è al 2°-3° spazio intercostale sinistro lungo il margine sternale; non si trasmette ai vasi del collo.

Escludiamo pertanto una insufficienza aortica per i dati forniti dall'esame del cuore, e per l'assenza dei fenomeni periferici.

Ma in base ai dati semeiotici e sopratutto al carattere particolare (dolce) del soffio diastolico, siamo inclinati a ritenere che esso non sia dovuto alla propagazione in alto del soffio diastolico della mitrale, sebbene ad una insufficienza polmonare.

L'indagine radioscopica — eseguita presso il Gabinetto Radiologico dell'Istituto di Semeiotica — ci ha confermato quanto sopra, fornendoci delle preziose indicazioni. Essa ci ha rivelato: una tipica ombra cardiaca da stenosi mitralica, ed una forte sporgenza dell'arco me-

dio sinistro, che pulsa sistolicamente e che è espressione della dilatazione dell'arteria polmonare.

Infatti in posizione O. A. D. tale sporgenza si estrinseca in avanti dell'ombra cardiaca. In casi di stenosi con grande orecchietta sinistra, questa opaca invece lo spazio retrocardiaco.

La radiografia dimostra la forte sporgenza dell'arco medio, che si estrinseca verso l'alto a forma rotondeggiante. (Vedi radiogramma).

L'interesse di questo caso di stenosi mitralica, non sta tanto nel rilievo del rumore di Graham Steel, complicazione ormai da vari AA. constatata sebbene tutt'ora poco conosciuta; quanto nella constatazione radiologica della dilatazione dell'arco polmonare, come nei casi riportati da Schwartz.

Fatto questo che ci permette non solo di escludere che il soffio diastolico lungo il lato sinistro dello sterno sia in rapporto con una insufficienza aortica, ma anche con la propagazione in alto del soffio diastolico della stenosi mitralica, dimostrando, secondo noi, la sua origine polmonare.

RIASSUNTO.

L'A., dopo breve esposizione sulla interpretazione ancora discorde del rumore di Graham Steel nella stenosi mitralica, riferisce di un caso, in cui, insieme al soffio diastolico dolce, udibile nel 2°-3° spazio intercostale sinistro lungo il margine sternale, l'indagine radioscopica rilevò una evidente dilatazione dell'arco polmonare; prova questa che sta a dimostrare come il rumore diastolico suddetto — contrariamente a quanto pensano alcuni AA. — sia in rapporto con una insufficienza polmonare.

BIBLIOGRAFIA.

Steel G. *High pressure in the pulmonarj arterie.* Medic. chronic, fasc. 9, 182, Manchester, 1889.

Barr James. *Mitral stenosis.* Liverpool med. chir. Journ., XIV, pag. 55, 101, 1894.

Pavinski J. *Ueber relativ insuffizienz der Lungenarterien-Klappen bei mitralstenose.* Deutsch. Arch. f. Klin. Med., LII, p. 519, Leipzig, 1894.

Gouget A. *Deux complications peu connues du rétrécissement mitral.* Presse Méd., pag. 911. 1910.

Rudolf Robert D. *Passingleakage of the pulmonarj valve.* Americ. Journ. of medic. sciences. CXLII, 328, 334, Philadelphia, settembre 1911: anal. in Arch. des mal. du coeur, pag. 269, 1912.

Sailer J. *Relative pulmonary insufficiency (Graham Steel murmur).* Americ. Journal of the med. sciences, CL. 496, ottobre 1915.

Vaquez et Magniel. *Une complication peu connue du rétrécissement mitral: l'insuffisance fonctionnelle de l'artère pulmonaire.* Bull. de l'Acad. de médecine, Paris, 9 marzo 1920.

Hall J. N. *Relative pulmonic insufficiency.* Amer. Journ. of the Med. Sc., CXLVIII, 476, 479, Philadelphia, ottobre 1914.

Lutembacher. *Endocardite subaiguë chez les cardiaques.* Arch. des mal. du coeur, des vaiss et du sang, Paris, agosto 1917.

Ortner N. *Zur Klinik der stenose des mitralostiums und zur frage der relativen insuffizienz der pulmonalkleppen bei mitralstenose.* Mediz. Klinik, n. 42, 43, 44, IV, 1595, 1636, 1672, Berlin, 1908.

Schwartz Sidney P. *The radiographie signs of pulmonic insufficiency.* The American heart Journal, vol. II, n. 4, 1927.

NOTE E CONTRIBUTI.

Ospedale di S. Francesco di Foiano della Chiana
diretto dal dott. E. Petrina.

Il trattamento della febbre tifoide a mezzo del cloruro di bario.

E. Petrina e Campione.

La febbre tifoide, fra le numerose malattie infettive, deve essere considerata come la più pericolosa per l'alta morbilità e l'alta mortalità, e la più ribelle a qualsiasi trattamento terapeutico perche manca nelle nostre mani una arma efficace per combatterla al suo primo insorgere. Data inoltre la batteriemia, le difese dell'organismo sono messe a dura prova e finiscono col mancare sia per la virulenza dei germi, sia per la lunga durata della malattia stessa, senza far parola delle complicanze che possono insorgere in qualsiasi momento e nelle migliori condizioni d'ambiente. Pure essendo una malattia conosciutissima e temutissima sin dall'antichità, tutta via, nonostante gli sforzi di tanti studiosi, non si è fatto nel campo terapeutico quel progresso che si sperava: La chimica con tutta la serie dei suoi preparati (antitermici, antisettici) era stata soppiantata; dei medicinali decantati dai diversi autori, a seconda delle preferenze personali, non era rimasto che il semplice ricordo storico!

La vaccinoterapia e la sieroterapia, pur avendo reso dei benefici specie nel campo profilattico, non hanno dato quei risultati che da prima si speravano, senza tener conto di quelle reazioni violente che si hanno con l'uso dei vaccini.

Anche la proteinoterapia venne considerata come lo specifico adatto per combattere le malattie infettive e specialmente il tifo, ma purtroppo le grandi speranze riposte in questo nuovo metodo di cura non sono state soddisfatte: col tempo si sono avute le prove della grande difficoltà nel saper fronteggiare la

fenomenologia tal volta imponente delle malattie infettive.

Nel tifo proprio la chimica doveva fornirci un preparato, il cloruro di bario, che adoperato negli animali da esperimento aveva dimostrato la sua azione sul cuore e sulla pressione sanguigna per vasocostrizione, tanto da essere paragonato alla digitale, ma è stato poco usato in pratica per gli effetti nocivi che può produrre sul cuore quando il muscolo cardiaco è alterato. In seguito il cloruro di bario fu esperimentato per la prima volta dal Lelli nei disturbi intestinali prodotti dalla scrofola; ma per la sua tossicità e per i scarsi risultati tale preparato fu abbandonato.

È soltanto nel 1928 che il Routkevitch, dopo aver studiato l'azione del cloruro di bario sul cuore, lo adopera per la prima volta nella cura della febbre tifoide esperimentandolo in 35 casi ed illustrandone i buoni risultati. Anche noi volemmo constatare tali effetti e sin dall'estate del 1928 incominciammo ad adoperarlo nei pochi casi capitati sotto la nostra osservazione; riprendemmo gli esperimenti l'anno scorso ma non ci fu possibile dare un resoconto dei risultati ottenuti per lo scarso numero dei casi. Soltanto ora, dopo la recrudescenza di tifo avuta quest'anno, presso di noi, possiamo citare i dati rilevati attraverso l'osservazione di ben 29 ammalati: in tutti quanti prima di iniziare la somministrazione di questo sale, abbiamo voluto la conferma sierologica della diagnosi clinica.

Il cloruro di bario è bianco, inodore, di sapore acre, cristallizzato; esso agisce sui muscoli lisci dello stomaco, dell'intestino e della vescica per cui ha un effetto purgativo, ma tale effetto, secondo Chistoni, dipende anche da un eccitamento dell'apparato nervoso intestinale. Tutti gli Autori mettono in rilievo la sua grande tossicità anche in dosi minime (15-20 ctgr.) onde il suo uso si limitava sugli animali da esperimento; è inutile dire che bisogna essere ben sicuri della sua purezza per ovviare gravi inconvenienti.

La dose, da noi adoperata, è stata di gr. 1,50 *pro die* in tre volte per via orale per 5-6 giorni di seguito, a cui facciamo seguire un eguale periodo di riposo, per ricontinuare la somministrazione ancora per altri 5 giorni. Generalmente il cloruro di bario da noi non è stato adoperato più di due volte in tutto il periodo della malattia; con tale metodo e con tale dose non abbiamo avuto a lamentare disturbi di sorta anche in quegli infermi con forte albuminuria. L'unico inconveniente notato in pochi casi è il vomito, ma questo, salvo qualche raro caso con vomito irrefrenabile si può eliminare in parte somministrando il farmaco sciolto in un po' d'acqua zuccherata o nel latte, oppure riducendo della metà la dose succitata.

Quello che abbiamo potuto constatare è che il cloruro di bario attenua moltissimo il quadro tanto da avere l'impressione, come dice Routkevitch, di trovarci di fronte ad un'altro ammalato anzichè di fronte a un tifoso: dopo pochi giorni dalla somministrazione del cloruro di bario il sensorio non è obnubilato, la coscienza è sveglia, la bocca non è più fuligginosa, la lingua si deterge e diventa umida, la roseola scompare: ciò che si ritrova costantemente è l'addome meteorico e il tumore della milza. Non è da credere che il decorso subisca modificazioni notevoli nella sua durata, in genere però tanto il periodo del fastigio come il periodo anfibolo sono sensibilmente attenuati sia nel decorso, sia nella curva febbrile: nel fastigio il comportamento continuo della temperatura si modifica senz'altro sin dai primi giorni; si ha subito un notevole abbassamento temporaneo per ritornare di nuovo alle cifre di prima. Il periodo anfibolo viene dal preparato anticipato e la temperatura diventa fortemente remittente e dopo pochi giorni si assiste alla defervescenza per lisi: in qualche caso però tale periodo si prolunga e questo, secondo la nostra osservazione, è in rapporto con la gravità del quadro clinico e con la minore resistenza individuale.

Il cloruro di bario, quando è possibile diagnosticare precocemente la malattia, somministrato in tale periodo modifica il decorso clinico di questa infezione, non si sottopone l'organismo all'usura delle proprie difese e si evitano le sorprese così insidiose e pericolose dell'infezione ebertiana, come nel caso quarto, in cui abbiamo ottenuto degli effetti sorprendenti rilevabili attraverso la grafica (v. fig. n. 3) in tutti i casi trattati, anche con albuminuria, non abbiamo avuto a lamentare il più piccolo disturbo da parte degli ammalati, nè abbiamo constatato in casi gravi quelle complicazioni tardive tanto pericolose.

CASISTICA.

CASO I. — M. V., a. 25, da 15 giorni ha febbre elevata, cefalea, lingua asciutta e arrossata, talvolta vomito; persistendo tali condizioni entra in Ospedale. All'*E. O.* si riscontra: sensorio in buone condizioni, nulla al torace, milza debordante due dita, polso dicroto, 85 pulsazioni, addome lievemente meteorico. Dopo due giorni di osservazione appare la roseola; si fa diagnosi di tifo: Widal positiva 1: 100.

Si inizia la somministrazione di cloruro di bario, gr. 1,50 pro die per 6 giorni e subito si nota

una lieve remissione febbrile; dopo 5 giorni d'intervallo facciamo la seconda somministrazione e subito la temperatura si abbassa sui 37 e mezzo per ritornare alla norma per lisi.

CASO II. — N. E., a. 17, ammalata da 4 giorni, con anoressia, cefalea intensa, temperatura elevata 40°; ragazza in buone condizioni di salute. Appena ricoverata presenta sonnolenza, lingua asciutta, ronchi e sibili alla base di destra, milza appena palpabile sotto l'arcata, addome meteorico, feci diarroiche, polso dicroto 90. Widal positiva in 15ª giornata della malattia.

GRAFICA 1.

GRAFICA 2.

GRAFICA 3.

La somministrazione di cloruro di bario in 2ª giornata determina subito un lieve abbassamento della temperatura (v. graf. 1) che persiste per pochi giorni per poi assumere il carattere remittente: in 19ª giornata si inizia la seconda somministrazione di cloruro di bario che porta senz'altro all'apiressia. In questo caso è stato rimarchevole il miglioramento progressivo dello stato generale dell'inferma.

CASO III. — P. P., a. 16, ammalato da 4 giorni, con febbre elevata, vomito, cefalea intensa; obbiettivamente presenta sopore, lingua asciutta, addome meteorico con tumore di milza bene palpabile, scariche diarroiche, polso dicroto 82. In 10ª giornata comparsa della roseola. Widal positiva 1:150. In 6ª giornata della malattia si comincia a somministrare il cloruro di bario che modifica di poco la temperatura, però scompare il sopore, la lingua si fa umida, lo stato generale migliora notevolmente, e in 17ª giornata la temperatura comincia ad abbassarsi fino a raggiungere il limite normale (grafica 2).

CASO IV. — N. S., a. 21, ammalata da 7 giorni circa, viene da noi in gravi condizioni. Sensorio obnubilato, sonnolenza accentuata alternata qual-

che volta con delirio, bocca arida e fuligginosa, lingua asciutta, respiro aspro, qualche rantolo a tutte due le basi, milza appena palpabile, addome meteorico, polso dicroto 96. Ventiquattro ore dopo l'ingresso nell'Ospedale l'inferma ha abbondante epistassi. Widal positiva; in 10ª giornata si inizia la somministrazione di cloruro di bario che dopo due giorni dà forte remissione della temperatura, ma questa si rialza per incominciare a diminuire gradatamente in 4ª giornata senza raggiungere più le cifre precedenti (graf. 3); questo caso è stato da noi trattato insistentemente col cloruro di bario per 10 giorni di seguito e non abbiamo notato alcun disturbo a carico dei reni e di altri organi. La temperatura ha assunto un carattere anormale nel suo comportamento di fronte agli altri casi da noi citati.

Caso V. — V. I., a. 13, bambino molto deperito, affetto da 12 giorni con febbri elevate, iniziatesi bruscamente, cefalea, sopore, addome meteorico, tumore di milza tre dita sotto l'arcata, polso dicroto 98. Widal positiva 1:100. Data l'età dell'infermo si somministra il cloruro di bario a metà dose (0.75 pro die) e subito si nota un miglioramento notevole nello stato generale, però la temperatura si mantiene piuttosto elevata per altri 10 giorni. Iniziata la seconda somministrazione la curva febbrile si modifica e per lisi scende alle cifre normali.

Caso VI. — T. O., a. 27, ammalato da 12 giorni, con cefalea intensa e temperatura oltre i 40 gradi. Da noi viene in 8ª giornata ed obbiettivamente presenta sensorio integro, coscienza sveglia, lingua asciutta ed arrossata, milza palpabile, polso dicroto 84. Widal positiva 1:50. Si dà il cloruro di bario alla solita dose e subito la temperatura si modifica per rialzarsi appena cessata la somministrazione del farmaco; dopo 5 giorni d'intervallo si ridà il cloruro di bario che per lisi determina l'apiressia.

Dai dati raccolti attraverso l'osservazione dei casi è indiscusso il beneficio che determina il cloruro di bario nell'infezione tifoidea sia nel decorso generale, sia nel quadro clinico: noi non abbiamo avuto a notare alcun decesso ottenendo così la guarigione nel 100 % dei casi. Inoltre anche in casi gravi non è stata notata alcuna complicazione a carico dei diversi organi, nè abbiamo registrato alterazioni prodotte dall'alta dose di cloruro di bario. Così è stata sfatata la leggenda di questo preparato tanto tossico, ricordato dai diversi Autori semplicemente per le loro esperienze di laboratorio, che trova oggi un'applicazione pratica e semplice nella terapia di una infezione tanto diffusa. Ulteriori studi stabiliranno il modo di agire del cloruro di bario esclusivamente nell'infezione ebertiana e non in altre forme infettive e la sua attività farmacodinamica.

RIASSUNTO.

Il cloruro di bario, somministrato in un certo numero di tifosi, ha attenuato la malattia ed ha evitato qualsiasi complicazione.

BIBLIOGRAFIA.

Gaglio. *Trattato di farmacologia e terapia.* Società Editrice Libraria, 1914.

Marfori. Ibid. L. Pierro

Malagrida. *Manuale di materia medica.* Hoepli, 1896.

Orosi. *Manuale dei medicamenti galenici e chimici.* Cammelli, 1872.

Routkevitch. La presse Médicale, agosto 1928.

Hilgermann. Münch. med. Woch., n. 13, 1926.

Schwartz. Ibid.,, n. 42, 1925.

Kloeppel. Ibid., n. 43, 1926.

Giraldi. Ibid., n. 47, 1925.

Charliez et Grandmaison. *Deutsche med. Woch.*, n. 49, 1926.

Orlovsky. *Médécine russe*, n. 6-9, 1906.

Routkevitch. *De l'influence des sels de baryum et de magnésie sur le coeur et les vaisseaux sanguins.* Thèse, Kieff, 1928.

LEZIONI.

Clinica Medica della R. Università di Messina.

Sulla terapia della malaria estivo-autunnale.

Lezione dettata il 12 gennaio 1931, anno IX, per il prof. Guido Izar, direttore.

Gli ammalati che oggi vi presento voi li conoscete: l'uno per averlo visto da più di un mese ricoverato in corsia; l'altro perchè fu oggetto di una lezione nel mese di novembre. Sentiamo prima la storia di questi pazienti raccolta dai vostri colleghi Giacopello, Lo Sardo e Pisa.

B... Tommaso, di anni 49, muratore, da Messina, ammogliato. Nessun rilievo nell'anamnestico famigliare; il padre e la madre sono morti repentinamente a 75 e 72 anni, l'uno per malattia non nota all'ammalato, l'altra per nefrite. Nulla sa dire di preciso dei primi anni di sua vita: nega però di avere mai sofferto malattia prima della presente all'infuori di una infezione blenorragica a 18 anni e di ulcera molle a 20. Si sposò una prima volta a 24 anni con donna gracile, che morì dopo 3 anni per tubercolosi polmonare; dei tre figli nati da questa unione ne sopravvive uno solo. A 28 anni passò a nuove nozze con donna vivente e sana che ebbe una sola gravidanza; la bambina gode ottima salute.

Il nostro ammalato, muratore di professione, si è sempre alimentato con dieta prevalentemente idrocarbonata, abusando talvolta di vino. È modico fumatore. La sua professione lo ha condotto qua e là dove si presentava lavoro: nega però di

aver mai sofferto malattia alcuna nonostante le ripetute cause perfrigeranti e i disagi affrontati in un lungo volgere di anni.

Nell'agosto ultimo scorso il nostro paziente, trovandosi a Bassaneto, nel Crotonese, per lavori di bonifica, fu colpito da febbre intermittente quotidiana, elevata, preceduta da intenso brivido di freddo e seguita da sudorazione profusa. Afferma che la febbre non ha avuto mai un ciclo regolare, ma che si è presentata più volte nel corso di due mesi, perdurando ogni volta per 4-5 giorni o più e cedendo alla somministrazione di chinino. Tornato a Messina, dopo un periodo di apiressia che durò 6 giorni, fu nuovamente colpito da febbre, con la nota sintomatologia, che scomparve dopo altri 6 giorni in seguito a 12 iniezioni di chinino. Ebbe poi 4 settimane di benessere, tempo che trascorse a lavorare nelle Puglie, poi la febbre si ripetè, questa volta con andamento terzanario. Però dal 20 novembre la febbre assunse il carattere di una continua remittente, accompagnandosi a profondo stato di adinamia. Presentatosi il 25 novembre al nostro ambulatorio fu immediatamente inviato in sala.

Al momento dell'ingresso le condizioni del nostro ammalato apparivano piuttosto gravi. Di particolare rilievo, nel quadro di profondo deperimento, era lo stato di prostrazione, di adinamia e di apatia del soggetto in contrasto con la temperatura elevata (39°). La cute di color bruno-terreo, era asciutta, rugosa; il cellulare sottocutaneo quasi scomparso: le mucose pallide; le sclere subitteriche. Nulla di notevole offriva l'esame degli apparati respiratorio, circolatorio e digerente. Solo il fegato e la milza richiamavano l'attenzione: il primo era modicamente aumentato di volume, liscio, di consistenza piuttosto aumentata; la seconda, notevolmente ingrandita, giungeva col suo polo inferiore all'ombellicale circolare e appariva dura, a margini taglienti.

Sebbene la ricerca dei parassiti malarici fosse riuscita negativa, non essendovi alcun dubbio dai dati desunti dall'anamnestico e dall'esame obiettivo sulla diagnosi di malaria estivo-autunnale recidivante, considerate le condizioni piuttosto gravi col quadro di una forma perniciosa continua-subentrante, constatata con l'esame delle urine la normale funzione renale, ritenni opportuno intervenire con trattamento chinoideo per via endovenosa e per via intramuscolare. Il trattamento confermò la diagnosi, determinando la caduta critica della temperatura e una modica riduzione del tumore splenico, mentre le condizioni del sensorio si facevano completamente libere. Nei giorni successivi si istituì terapia mista con plasmochina composta e spirocid, mentre si cercava di stimolare la comparsa in circolo dei parassiti malarici mediante iniezioni endovena a giorni alterni di 2/10 di mgr. di adrenalina.

Vi dico subito che tale cura apportò un rapido miglioramento. I globuli rossi da 2.500.000 che erano all'ingresso aumentarono a 4.080.000: le condizioni generali rifiorirono: la cute riacquistò il suo turgore: il fegato si ridusse nei limiti normali: la milza diminuì pure notevolmente di volume, pur debordando ancora di circa 1 cm. dall'arcata costale. La ricerca dei parassiti malarici restò costantemente negativa nonostante fossero stati eseguiti ripetuti esami in momenti vari.

L'ammalato, ritenendosi guarito e dovendo provvedere al sostentamento della moglie e dei due figli, contro nostro consiglio, il 14 dicembre lascia la Clinica, munito di prescrizione per le necessarie cure successive.

Si ripresenta però al nostro ambulatorio il primo gennaio in preda ad accesso febbrile. Riferisce che dopo l'uscita dalla Clinica ha goduto buona salute fino al 26 dicembre, giorno in cui è ricomparso un nuovo accesso malarico, che successivamente si è ripetuto a giorni alterni accompagnandosi ad astenia profonda.

Ricoverato di nuovo in Clinica si è raccolto uno stato obiettivo che ricopia quasi esattamente quello rilevato al primo ingresso ed or ora da me riassunto. Solo la temperatura era meno elevata, lo stato generale e particolarmente il sensorio meno compromessi, la milza debordava di 4 cm. dall'arcata costale. Come leggete nella curva riprodotta sulla lavagna, il giorno 2 gennaio l'ammalato è stato apiretico; la febbre però si ripresentò con la classica sintomatologia il giorno 3 e successivamente, dopo un giorno di apiressia, il giorno 5. L'esame del sangue dimostrò notevole riduzione del numero degli elementi rossi rispetto al conteggio precedentemente eseguito in Clinica: 2.580.000 in luogo di 4.080.000 e la presenza di rare forme schizogoniche del plasmodio falciparum.

Si riprende più intensa la cura con chinino, plasmochina, spirocid, adrenalina, raggiungendosi in breve il ripristino di condizioni quasi normali sebbene la milza si mantenga ancora modicamente ingrossata (1,5 cm. al disotto dell'arcata costale) e la reazione di Hymans v. den Bergh indiretta permanga leggermente positiva.

* * *

Vediamo ora il secondo ammalato. Si tratta anche qui di un muratore, tal C... Luigi, di anni 45, celibe, da Imola. Il padre è morto a 48 anni per emorragia cerebrale: la madre a 60 anni per neoplasma maligno. È l'unico figlio vivente, essendo altri 7 morti per malattie di cui l'infermo non sa precisare la natura. Nell'anamnestico remoto si rileva reumatismo articolare acuto a 20 anni, durato 20 mesi, per il quale fu dichiarato inabile al servizio militare; ulcus a 24 anni, pare di natura luetica, perchè fu curata con mercuriali, neosalvarsan e bismuto.

Ebbe una gioventù molto movimentata e si trasferì successivamente in varie provincie per ragioni di mestiere e ragioni politiche. Fu un bevitore abbastanza forte e un forte fumatore, amante della buona tavola e dei piaceri sessuali.

Nell'agosto scorso, trovandosi per ragioni di lavoro a Sibari, fu colto da febbre alta (40°), preceduta da intenso brivido di freddo e seguita da profuso sudore, che si ripetè successivamente, con intervalli alterni di 1 o 2 giorni di completa apiressia, alla stessa ora e con identica sintomatologia, per tutto il mese di agosto. Trattato con chinino per iniezioni, la febbre scomparve, per ripresentarsi però nella 2ª metà di settembre ad intervalli irregolari, con tipo quotidiano o terziario, cedendo sempre ogni volta all'azione del chinino.

Ai primi di ottobre la febbre assunse i caratteri di una continua remittente sudorale. Ebbe allora prescritto delle iniezioni di arsichinina che por-

tarono lo sfebbramento, ma cessate le iniezioni ricomparvero gli accessi febbrili, a tipo quotidiano, con brividi e sudore. Un nuovo trattamento con arsichinina ed esanofele portò un periodo di apiressia della durata di 25 giorni, ma il 18 dicembre fu di nuovo colpito da accessi febbrili che si ripeterono giornalmente sino al suo ingresso in Clinica (23 dicembre).

Le condizioni generali ed i rilievi obiettivi al momento dell'ingresso non differivano di molto da quelli attuali. Solo la temperatura era elevata (39°.5) e l'ammalato accusava cefalea e senso di intensa prostrazione. L'esame del sangue rilevando la presenza di forme semilunari, venne subito istituito un trattamento intenso con clorouretanchinino e plasmochina per via intramuscolare i primi due giorni, plasmochina composta e spirocid i giorni successivi, e, a partire dal 30 dicembre, iniezioni endovena a giorni alterni di 2/10 di mgr. di adrenalina.

Tale trattamento ha recato uno spiccato beneficio al nostro ammalato che attualmente, come vedete, appare in buone condizioni generali, sebbene la cute conservi la particolare tinta giallastra, il cellulare sottocutaneo appaia ancora scarso e le mucose siano sempre pallide.

A carico del sistema linfatico si nota una adenopatia cronica diffusa, con ghiandole dure, spostabili, indolenti, indolore. Nessun rilievo offre invece l'esame del torace e degli apparati respiratorio e circolatorio: solo i toni cardiaci, ritmici, uguali, appaiono un po' deboli.

Degli organi addominali il fegato è ingrandito perchè la grande ala deborda di 4 cm. dall'arcata costale sulla emiclaveare. La superficie è però liscia, la consistenza molle elastica, il margine rotondeggiante. Molto ingrossata è pure la milza. liscia, di consistenza dura, indolente, a margini arrotondati, senza incisure, il cui polo anterior-inferiore deborda di 6 cm. dall'arco costale sulla linea ascellare anteriore.

Come già vi ho detto la funzione renale è integra. L'esame del sangue dimostra ancora al 7 gennaio le note di spiccata anemia secondaria con 2.500.000 globuli rossi, 40 di emoglobina, 0,80 di valore globulare, rare forme nucleate della serie rossa, policromatofilia azzurrofila. I leucociti sono 5000 con formula pressochè normale. La reazione di Hymans v. den Bergh, negativa nella forma diretta, è leggermente positiva nella forma indiretta. La R. W. è negativa.

Siamo dunque di fronte, non vi è dubbio di sorta, a due soggetti malarici.

Si può parlare di malaria cronica? oppure di forma acuta recidivante?

Difficile dire dove la malaria finisca di essere acuta e dove comincia ad essere cronica. Secondo alcuni la malaria è sempre una malattia cronica. Ciò è forse in parte vero nel riguardo di un buon numero di casi di febbre estivo-autunnale, ma non risponde invece al vero nella terzana primaverile e nella quartana, anche se resistenti temporaneamente al chinino e recidivanti.

Il criterio di recidività che taluni vorrebbero invocato per separare la malaria acuta dalla malaria cronica, non è del pari un buon elemento di giudizio perchè mentre la recidiva febbrile è indice di processo attivo in atto, il concetto di cronicità si ricollega sempre in medicina con una affezione ad andamento poco vivace, quasi torpido, in netto contrasto con l'acuzie del processo attivo anche se recidivante.

Che la malaria cronica segua pel solito a ripetute recidive siamo pienamente di accordo, appunto perchè in queste ripetute recidive i successivi attacchi si attenuano in virulenza, mentre l'organismo, aumentando i processi di difesa, se non è capace di aver ragione dell'infezione ormai annidata in tutti gli organi interni, rende però poco adatto allo sviluppo del parassita l'ambiente plasma, il solo ambiente dove il plasmodio possa, moltiplicandosi rapidamente, dar luogo a quelle manifestazioni acute che sono proprie delle recidive.

Nei nostri due ammalati non possiamo quindi parlare di malaria cronica ma di malaria estivo-autunnale recidivante, con recidive a breve intervallo, anche se l'andamento del processo febbrile non è stato identico in tutti i momenti successivi, perchè, come si è visto, periodi di febbre a tipo quotidiano si sono intervallati con periodi di febbre a tipo terzanario e anche con febbri a tipo continuo.

Il concetto che la recidiva debba sempre plasmare le caratteristiche dell'accesso precedente vale solo per la terzana primaverile e la quartana, non già per l'estivo-autunnale, la cui caratteristica sarebbe quella di non averne alcuna, alternandosi, come ben sappiamo, accessi quotidiani ad accessi terzanari anche senza interferenze di ordine terapeutico.

Ma perchè nei nostri soggetti, nonostante le cure esperite, la malaria è recidivata?

La ragione è una sola: la malaria non era guarita. Se poi mi domandate perchè ad un periodo di latenza segue la recidiva, vi rispondo che, secondo il mio modo di vedere, la recidiva ha per solito una causa occasionale che, o turba le condizioni generali dell'organismo e, per un meccanismo ancora ignoto, esalta l'attività riproduttrice del plasmodio alla quale si accompagna la esplosione dell'accesso, o rompe l'equilibrio fra infezione e forze di difesa, di modo che una carica parassitaria innocua diventa improvvisamente patogena. La causa occasionale per le recidive a breve intervallo è comunemente rappresentata da uno strapazzo, da un mutamento atmosferico improvviso, da un trauma, mentre le recidive a lungo intervallo sono in rapporto anche con le condizioni ambientali atmosferiche che non

sappiamo bene dove agiscano: se direttamente sul parassita o sull'ospite. Il reperto parassitario, sempre positivo, è costituito da una ondata di parassiti allineati in senso relativo ma regolare.

E vi dirò pure che, accettando la dottrina italiana di Marchiafava, Bignami, Dionisi, ritengo che le recidive, anche quelle a lunga scadenza, sono dovute a moltiplicazione di forme asessuali sopravvissute in qualche territorio vascolare durante la latenza. Questo vi spiega perchè le recidive si osservino con così enorme frequenza nell'infezione da *plasmodium falciparum*, il cui ciclo di sviluppo si compie in gran parte, come vi ho detto, negli organi interni.

* * *

Abbiam visto che i nostri due malarici, nonostante le ripetute cure esperite sono recidivati. Si deve in questo caso ritenere che la mancata guarigione sia dovuta ad una abnorme resistenza del parassita o piuttosto giudicare insufficienti i mezzi terapeutici usati? Cercherò in modo semplice di risolvere questo problema anche perchè più facile vi riesca poi la compressione del metodo terapeutico che la nostra scuola da tempo ha adottato con risultati molto soddisfacenti.

È necessario affermare ed avere per certo che la malaria, qualunque sia la varietà del parassita, è suscettibile di giungere a guarigione spontanea, quando, nella lotta impegnata fra poteri biologici di offesa del parassita e poteri biologici di difesa dell'organismo, quest'ultimo ha il sopravvento. Come avvenga questo processo di guarigione è ancora discusso, ma certamente vi hanno parte principale due fattori: l'esaurimento della capacità di moltiplicazione dei parassiti: l'aumento dei poteri di difesa, riassunti, per la scarsezza delle nostre conoscenze in proposito, in un termine unico comprensivo: potere plasmodiolitico del siero.

Circa la possibilità di un arresto nel ciclo di moltiplicazione dei parassiti troviamo esempi nella malario-terapia della paralisi progressiva, dove spesso accade di osservare l'estinzione spontanea di ceppi virulenti dopo una serie di accessi che stavano a dimostrare l'attiva moltiplicazione del parassita. Altri esempi si possono trovare nella storia della trasfusione del sangue, come il caso di Oehlecker nel quale, in seguito alla trasfusione di sangue dal figlio alla madre si sviluppò nella madre una malaria terzanaria. Il figlio era ritornato due anni prima dall'Africa occidentale dove era rimasto per 6 anni senza aver mai avuti attacchi di malaria, seguendo con regolarità la profilassi chininica. La ricerca dei parassiti nel suo sangue era sempre riuscita negativa.

Più di frequente però la guarigione spontanea avviene per aumento del potere plasmodiolitico del sangue. È infatti dimostrato che i merozoiti non possono persistere a lungo liberi nel siero di sangue: dopo un certo tempo si lizzano come sotto l'azione di un fermento digestivo. Questa proprietà del siero di sangue può naturalmente essere più o meno spiccata. Se noi imaginiamo così che si abbassi troveremo la ragione della persistenza dell'infezione malarica e anche dell'esaltarsi della virulenza e dell'insorgenza delle forme perniciose, mentre se noi imaginiamo che possa aumentare ci spiegheremo l'esaurimento della infezione e la guarigione, e con maggiore facilità quando, come nelle cure di altitudine o per azione di preparati stricnici o surrenici, si provoca una contrazione attiva della milza e dei vasi terminali degli organi interni, luogo di elezione dei parassiti della malaria estivo-autunnale per continuare il ciclo di sviluppo iniziato nel sangue periferico.

Se però è facile trovare le cause che possono arrecare una diminuzione dei normali poteri litici del siero: e si possono infatti invocare tutte le più diverse ragioni che determinano depressione dei poteri di resistenza dell'organismo: molto più difficile riesce di poter spiegare per quale meccanismo e sotto quale influenza questi poteri litici di difesa vengano rapidamente ad aumentare.

Accettando per altro il dato di fatto come ci appare senza cercare per ora di approfondirlo, sulla falsariga di quanto è noto per altri protozoi (tripanosomi, ad es.), si può ritenere che ad un certo momento l'organismo venga a distruggere sistematicamente tutte le forme libere di plasmodi di mano in mano che si sviluppano nei diversi cicli di schizogonia, mentre i gameti vengano alla loro volta attaccati e distrutti dai macrofagi.

Ma se la guarigione spontanea della malaria è possibile, essa deve venire considerata piuttosto come una eventualità teorica che come una possibilità pratica, dato che, in effetto, prima dell'avvento della chinina, i malefizi della malaria erano stati così grandi da fornire da soli la ragione di sparizione di città fiorentissime e di interi popoli.

Io non voglio certo ripetervi qui la storia della scoperta della chinina: a noi basta sapere che fra gli alcaloidi della corteccia della china-china, la chinina è la più attiva. Invece molto ci interessa di conoscere come agisca la

chinina. Purtroppo non possiamo nulla inferire dall'esame del complesso molecolare, perchè la costituzione chimica della chinina non è ancora definita. Partendo dalla cinconina, che si può considerare come un nucleo piperidinico legato per un lato da un ossidrile alcoolico al residuo chinoleico dall'altro ad un residuo vinilico, la cupreina sarebbe una idrossicinconina e la chinina una metossicinconina o una metilcupreina. In questo complesso molecolare le parti più interessanti sono le due catene laterali e l'atomo di azoto. La sostituzione del gruppo vinilico col gruppo etilico (Hunt-Giemsa) diede infatti l'idrochinina: la sostituzione del gruppo idrossilico nella catena laterale del nucleo chinoleico con il gruppo etilico diede l'etilcupreina e l'etilidrocupreina o optochina, sostanze dotate di azione superiore alla chinina, come ho potuto per il primo dimostrare sin dal 1914.

Come agisce dunque questo alcaloide? Fu chiamato rimedio chemioterapico: lo è realmente?

Le ricerche di Binz, di Moldovan, di Brug sull'azione della chinina *in vitro* sui plasmodi hanno dimostrato che l'azione paralizzante (non l'azione tossica) si ha solo nella concentrazione dell'1/10 mila, di gran lunga superiore alla concentrazione massima che si può avere in vivo nel sangue circolante, che è di 1/20.000 cinque minuti dopo l'iniezione endovenosa di un grammo di cloridrato di chinino e di 1/150 mila dopo l'iniezione della stessa dose per via sottocutanea. D'altra parte nelle prove di malario-terapia Weber e Kirschbaum trovarono che dopo l'aggiunta di chinino nella proporzione di 1/5 mila il sangue dei malarici conserva la proprietà di trasmettere la malaria.

Se dunque il chinino non agisce direttamente sui parassiti, come agisce? Poichè il chinino rapidamente scompare dal circolo e solo il 35 % ricompare nelle urine e nelle feci, e d'altra parte negli organi interni se ne ritrovano solo minime tracce, bisogna ritenere che venga ulteriormente trasformato nell'organismo: ed infatti il fegato è capace di distruggere circa il 65 % del chinino fatto circolare artificialmente.

Caduto così il concetto di una azione chemioterapica, vennero affacciate tre diverse ipotesi che riassumiamo, non essendo possibile, per ora, stabilire se una tra esse, e quale, sia la vera.

La prima ipotesi, di Morghenroth, ci dà la teoria della repulsione. La chinina si fissa elettivamente sulle cellule colpite dai plasmodi, cioè sui globuli rossi, i quali, carichi di alcaloide, spiegano verso i parassiti un chemiotropismo negativo, impediscono cioè che entrino nelle emazie. Circolando nel plasma i parassiti sono da questo distrutti (potere plasmodiolitico del plasma).

La seconda ipotesi, di Ramsden, ci porta la teoria della trasformazione. L'azione della chinina sul plasmodio è dovuta ad un prodotto derivante dalla scomposizione della chinina per parte dei tessuti capaci di distruggerla (fegato, intestino, reni, muscoli). Questo prodotto di scissione sarebbe una aldeide, intermedia fra la chinina e la chitenina.

La terza ipotesi, di Ross-Ziemann, si fonda su una teoria immunitaria. La chinina agisce per via indiretta così come agisce l'emetina contro l'entamoeba histolytica. Esalta cioè quel meccanismo di difesa che, in modo ancora a noi ignoto, interviene nel processo di guarigione spontanea.

Qualunque sia il meccanismo di azione, l'esame del sangue ci dà la dimostrazione palmare che la chinina guarisce la malaria, distruggendo i plasmodi che scompaiono rapidamente dal circolo, come fu dimostrato da Golgi per la terzana e la quartana, da Marchiafava e Celli per l'estivo-autunnale. In un primo tempo è il citoplasma del parassita che perde la sua forma, si colora meno facilmente, sparisce, mentre sono ancora conservati il cariosoma ed il vacuolo. Poi anche il vacuolo sparisce, e nel globulo rosso resta solo una macchiolina rossa, o più macchioline se l'infezione è multipla: i cariosomi. Se si continua a somministrare chinino anche i cariosomi finiscono per sparire.

Ma perchè la chinina esplichi in pieno la sua azione è necessario che il suo uso sia razionale, in rapporto all'ampiezza del cono di proiezione nel quale l'alcaloide colpisce una parte dell'intero ciclo evolutivo dell'emosporidio.

Ai tempi del nostro Torti tre metodi nella somministrazione della china-china si disputavano il campo: nel metodo del Torti o metodo romano o dei gesuiti, si somministrava la china a dosi fortissime immediatamente prima dell'accesso: nel metodo di Sydenham o metodo inglese si prescriveva la china a dosi refratte dopo l'accesso: nel metodo di Bretonneau o metodo francese si usavano dosi massime subito dopo l'accesso.

La stessa discussione si è mantenuta dopo la scoperta e l'uso della chinina senza anche questa volta prendere in considerazione il meccanismo d'azione della chinina e l'enorme importanza che hanno nella lotta contro il pla-

smodio i poteri naturali di difesa dell'organismo.

Poichè non è più dato di parlare di azione chemioterapica della chinina nè tanto meno di una azione diretta della chinina sui plasmodi, « noi dobbiamo smettere, come dice il Ross, l'abuso della nozione che i parassiti nell'organismo siano come i pesci in un bacino che possono essere distrutti mescolando una sola dose di veleno con l'acqua ». Il paragone appare tanto più giusto, quando, come ho detto, si consideri l'importanza di mantenere intatti i poteri di difesa se non di esaltarli, e di conseguenza, l'importanza di non ledere nè di paralizzare in alcun modo l'attività biologica del soggetto ospite, di non considerarlo come un recipiente inattivo e inattaccabile, ma come un organismo vivente, dotato di proprietà biologiche intrinseche di difesa, che la chinina a dosi forti può gravemente danneggiare. Col Ross noi dobbiamo piuttosto considerare i parassiti come nemici che combattono con tattica in ordine sparso e cercano in tutti i recessi e in tutte le insenature del letto vascolare un angolo morto che li metta al riparo dell'azione del farmaco.

Gli è per questo che ai diversi metodi sinora proposti noi avevamo da lungo tempo sostituito un metodo che, modificando quello proposto da Nocht, permetteva di investire tre cicli ad evoluzione terzanaria e due cicli ad evoluzione quartanaria, mentre abbinava l'uso di preparati arsenicali e sfruttava l'azione spleno-contrattile della adrenalina: un metodo che poteva essere adoperato sia contro le forme di malaria acuta che contro la malaria cronica o latente purchè venissero opportunamente modificate le dosi della chinina.

Tecnica del metodo: per 5 giorni ogni 8 ore (preferibilmente alle ore 7, 15, 23 per essere lontani dai pasti) una cartina di bicloridrato di chinina da gr. 0,50 e XX goc. di adrenalina (dose per uomo di 20 anni robusto).

I 5 giorni successivi alla stessa ora una pillola di arrhenal ctg. 3, estratto kola, china, genziana ana ctg. 5, estratto nocevomica ctg. 1.

I due cicli, chinino-arsenico, si ripetono per tre volte in un mese. Dopo un mese di riposo, o meglio di montagna, si ripete l'intero ciclo per un altro mese. La stessa cura si fa pure l'anno successivo ad aprile e settembre se si tratta di quartana o di terzana primaverile: almeno per altri due anni se si tratta di estivo-autunnale.

Si può obiettare che con questo metodo non si aggrediscono i parassiti chinino-resistenti. Ma esistono realmente dai parassiti chinino-resistenti? Come voi sapete la chinino-resistenza trae origine in una osservazione di Nocht e Werner del 1910 su 63 operai reduci dall'America del Sud dove si erano infettati di malaria. Nonostante che in un buon numero di essi si trattasse di terzana primaverile non si riusciva ad evitare le recidive che ricomparivano spesso anche durante la cura chinica con gravità ed ostinazione. Da questa prima osservazione di Nocht e Werner sorse la così detta chino-resistenza, invocata ormai in ogni caso di malaria che non ceda rapidamente al trattamento chinico. Ora mentre è certo che esistono rari casi nei quali l'infezione resiste alle dosi terapeutiche usuali e talvolta cede solo quando si sostituisca al chinino un altro preparato, gli è pur certo che quando si parla di chinino-resistenza non si considera che nessuno ha potuto dimostrare l'azione diretta della chinina sul parassita, ma che solo sono state date ampie dimostrazioni della sua azione indiretta attraverso il meccanismo biologico comune alle guarigioni spontanee. Quindi il termine chinino-resistenza riferito ai parassiti non è esatto: si deve parlare solo di malarici chinino-resistenti, di soggetti cioè nei quali le dosi abituali di chinino non hanno ragione della loro infezione malarica. Se in questi casi si ha cura di accertare la diagnosi con l'esame del sangue e, dove risulti effettivamente trattarsi di malaria, si ha cura di porre il soggetto in buone condizioni igienico-alimentari, sospendendo anche il trattamento chinoideo per qualche tempo per dar modo all'organismo di eliminare il farmaco, si potrà facilmente osservare che la terapia chininica nella quasi totalità dei casi basta da sola per curare e domare l'infezione, mentre casi di vera resistenza, se proprio non mancano, sono certamente eccezionali.

Ma poichè anche di questi casi eccezionali dobbiamo tenere il debito conto e del pari dobbiamo ricordare tutta l'importanza che nella profilassi della malaria hanno i gameti, che, come sapete, non vengono per nulla molestati dalla chinina, è stato da tempo posto il quesito di un preparato che possa sostituire il chinino e che sia attivo contro i gameti senza per altro presentare azione tossica superiore al chinino.

Per ora non siamo ancora in possesso di una sostanza che possegga tutti questi requisiti; possiamo però utilizzare per questo scopo varie sostanze: le une che sostituiscono la chinina spiegando azione analoga sulle forme schizogoniche dei vari parassiti: le altre dotate di azione quasi elettiva contro le forme di resistenza.

Al primo requisito rispondono i sali di cin-

conina e l'optochina, attivi contro le forme schizogoniche di tutte e tre le varietà di parassiti, mentre gli arsenobenzoli (salvarsan, neosalvarsan, stovarsolo, spirocid) limitano la loro azione agli schizonti del *plasmodium vivax* e del *plasmodium malariae*, lasciando pressochè immodificati gli schizonti del *plasmodium falciparum*.

Il secondo problema, la distruzione dei gameti, che già nell'optochina aveva trovato un preparato pieno di promesse, sembra ora pienamente risolto colla plasmochina (alkilamino-6-metossichinolina), il primo preparato antimalarico sintetico, che mentre è dotato di azione spiccata sugli schizonti, possiede anche la proprietà di far scomparire i gameti, ivi compresi quelli della malaria estivo-autunnale.

Per seguire il progresso terapeutico noi abbiamo naturalmente modificato la tecnica del nostro metodo introducendovi la plasmochina e gli arsenobenzoli, che, se non sono attivi contro le forme estive-autunnali, spiegano certamente in questi casi un'azione adiuvante sulla ematopoiesi nella loro qualità di arsenicali. Di recente poi, dopo le nostre ricerche sulla splenocontrattilità adrenalinica, considerando che l'azione benefica dell'alta montagna trova la sua ragione appunto nell'aumentata contrattilità splenica per carenza di ossigeno, abbiamo cercato di utilizzare meglio l'azione splenocontrattile della adrenalina introducendola per via endovenosa anzichè per os o per via sottocutanea, vie di ingresso che, come si sa, privano l'adrenalina proprio della sua azione splenocontrattile.

Il metodo che attualmente abbiamo adottato è il seguente:

Per 5 giorni, ogni 8 ore (7, 15, 23), una cartina di bicloridrato di chinino da gr. 0,50 e una compressa di spirocid o stovarsolo.

I 5 giorni successivi, alla stessa ora, 2 confetti di plasmochina composta e una pillola di: arrhenal ctg. 3, estratto kola, china, genziana ana ctg. 5, estratto nocevomica ctg. 1.

Per tutta la durata dei due cicli, a giorni alterni, una iniezione endovenosa di 2/10 di milligr. di adrenalina.

I due cicli si ripetono per tre volte in un mese. Dopo 10 giorni di riposo si ripetono ancora per due volte. Dopo altri 20 giorni di riposo si ripetono una sola volta.

Tutta la cura (che dura tre mesi) va ripetuta due volte l'anno dall'aprile a giugno e da settembre a novembre per almeno tre anni se si tratta di infezione da *plasmodium falciparum;* si ripeterà solo per due anni se si tratta di infezioni da *plasmodium vivax* o da *plasmodium malariae*.

Naturalmente questo sistema terapeutico trova notevole beneficio in una cura di alta montagna o almeno nella permanenza prolungata in zona sicuramente esente da malaria, per non incorrere nella possibilità di una reinfezione, che può talvolta per la simiglianza del quadro sintomatologico lasciar credere in una recidiva.

Non voglio però affermare che questo metodo, favorevolmente sperimentato numerosissime volte, sia esente da fallanze. Purtroppo ho già avuto modo di constatare, in un numero molto esiguo di casi, a distanza di 15-20 giorni dalla fine del secondo periodo di trattamento o in pieno sviluppo del terzo periodo, l'insorgenza di un accesso febbrile con schizonti in circolo.

In questi casi ho potuto accertare che il tumore splenico, mentre reagiva, come di norma, ad ogni iniezione endovenosa di adrenalina e si riduceva sensibilmente, non scompariva però mai in modo completo, laddove nei casi a decorso favorevole, che non hanno recidivato anche dopo un anno e più, il tumore splenico era completamente scomparso alla fine del primo periodo di trattamento o al massimo alla fine del secondo periodo di trattamento.

Da questo diverso comportamento del tumore splenico nei due gruppi di malarici, ritengo di poter inferire che il decorso favorevole o no abbia uno stretto rapporto con lo stato anatomico della milza e con l'evoluzione anatomo-patologica delle lesioni spleniche da malaria. E precisando che nei casi a decorso favorevole i processi reattivi fibroadenici siano ancora suscettibili di guarigione mentre nei casi a decorso sfavorevole il tessuto fibroadenico si trovi già in fase di sclerosi più o meno avanzata.

Nei primi soggetti la piena contrattilità splenica snida i parassiti dai recessi in cui si nascondono e li espone al fuoco incrociato dei vari presidi terapeutici; nel secondo caso una parziale contrattilità splenica non impedisce che un certo numero di plasmodi permanga al riparo dell'azione dei vari medicamenti, fornendo il materiale per un nuovo accesso febbrile in un momento successivo di depressione delle forze plasmodiolitiche del soggetto ospite.

E poichè in questi casi nessuno dei presidi invocati per snidare una malaria latente può avere efficacia dato che tutti agiscono attraverso il meccanismo della contrattilità splenica, e la milza funziona da serbatoio di virus inattaccabile anche all'azione di mezzi terapeutici tanto violenti, io ritengo sia da consigliare o un cambiamento radicale e perma-

nente di clima verso regioni assolutamente esenti da malaria, o la splenectomia, operazione che i moderni mezzi operatori rendono di ben scarsa gravità.

Come vedete, dunque nella lotta contro la malaria è talvolta il parassita che ancora trionfa contro l'intelligenza umana. Questo vi spiega tutto l'enorme danno che la malaria ha fatto e fa, e vi illumina sulla grande saggezza del governo fascista nell'imporre le provvide leggi della bonifica.

RIASSUNTO.

Sulla base delle attuali conoscenze sul processo di guarigione della malaria e sul meccanismo di azione del chinino e degli altri antimalarici, l'A. illustra un metodo di cura della malaria estivo-autunnale.

NOTA PREVENTIVA

La narcosi basale avertinica.

G. LA CAVA (Roma).

Da qualche tempo, ho intrapreso nella R. Clinica Chirurgica di Roma, sotto la guida del prof. E. Mingazzini, ricerche clinico-sperimentali sulla narcosi basale avertinica.

L'avertina viene somministrata per via rettale alla dose di 0,10 cc. per Kg. di peso dell'individuo, in soluzione del 2 1/2 % in acqua distillata, portata alla temperatura di 37°.

I casi sinora studiati sono ventinove di cui 5 operati di resezione gastrica, 2 di gastroenterostomia, 2 per craniotomia, 2 di colecistectomia, 2 per appendicite, 9 per ernia inguinale e 7 per operazioni varie. Trascorsi 10-20 minuti dal clistere, dopo un breve periodo di ebbrezza, il paziente si addormenta e dopo 30-40 minuti viene trasportato sul tavolo operatorio.

Alla narcosi basale viene qui aggiunta una piccola quantità di etere o di etilene, che è sufficiente ad ottenere una narcosi profonda.

Negli avertinizzati sono state studiate le alterazioni del polso, respiro, pressione, urine. Il polso, nei primi 10-15 minuti dopo il clistere, è aumentato di frequenza e di pressione, poi man mano che si stabilisce il sonno va decrescendo e ritorna quasi normale. Il respiro, aumentato di frequenza, è ritmico e superficiale come nel sonno fisiologico. La pressione si abbassa generalmente di 10-20 mm. e può permanere abbassata anche per 12 ore. Nelle urine raramente si trovano reperti patologici, quali tracce di albumina, di glucosio, di urobilina o emazie. Il peso specifico è quasi sempre aumentato.

Il tempo di emorragia è diminuito durante il sonno avertinico e scende cioè a 1' o 2'. La leucocitosi non subisce variazioni notevoli.

Sono in corso le ricerche sulle modificazioni del metabolismo basale e sulle eventuali alterazioni della funzionalità epatica.

Il sonno avertinico dura in generale 5-7 ore: i malati al loro risveglio presentano amnesia completa dal momento della somministrazione del narcotico.

Nel corso di questi trenta casi non si sono avuti incidenti degni di nota se si eccettua un caso in cui si ebbero lievi sintomi di asfissia. Erano però scartati i pazienti in cui vi fossero alterazioni notevoli a carico dei reni o del fegato. La frequenza delle complicazioni bronco-polmonari non sembra nè aumentata nè diminuita.

Le ricerche sono continuate per raggiungere un numero di casi che permetta poter trarre delle conclusioni sul valore di questo metodo già largamente sperimentato in Germania e che presenta certamente notevoli vantaggi.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

L'atetosi.

(H. ROGER. *Paris Médical*, 14 febbraio 1931)

L'atetosi è un disturbo motore d'origine cerebrale, caratterizzato da movimenti involontari, ondulatori, lenti, poco ampi, predominanti alle estremità degli arti superiori.

I movimenti atetosici predominano alle mani: le dita sono animate da movimenti incessanti simili a quelli dei tentacoli di un polpo. Sono esagerati dalle emozioni e dai movimenti involontari. Sono più ampi nella posizione in piedi, diminuiscono nel decubito dorsale e scompaiono anche nel decubito ventrale.

Si distinguono facilmente dai tremori ritmici, dalle mioclonie a scosse brusche, dai tics che ripetono sempre gli stessi gesti, dalla corea dai gesti più ampî, più bruschi, più illogici. In qualche caso i movimenti sono più intensi e si ha allora la corea-atetosi.

Le mani si aprono e si chiudono come per prendere un oggetto. Le dita si contorcono, si riversano all'indietro con iperestensione patologica delle ultime falangi sulle prime. A questi movimenti delle dita si accompagnano movimenti di pronazione della mano in estensione sul polso e talvolta un movimento più discreto di torsione di tutto l'arto.

Agli arti inferiori, gli alluci si contorcono

continuamente, il collo del piede ha movimenti di circonduzione.

Alla faccia si hanno sopra tutto movimenti disordinati dei muscoli del dominio del facciale inferiore, che finiscono per solcare la faccia di rughe e darle una maschera da vecchio. Questi movimenti sopravvengono sia spontaneamente, sia all'atto del parlare o del masticare.

La sindrome atetosica oltre che di questi movimenti patologici consta di altri elementi: spasmi nervosi, ipertonia e sincinesia.

Gli spasmi, generalmente dolorosi, immobilizzano bruscamente l'arto in occasione d'un movimento o d'un'eccitazione superficiale dandogli un atteggiamento bizzarro: arto inferiore in iperestensione o in flessione, arto superiore in estensione con pronazione esagerata, collo in torcicollo o in retrocollo.

L'ipertonia atetosica è un'ipertonia d'attitudine e nel corso dei movimenti, contrastante con l'ipotonia del riposo.

Le sincinesie sono particolarmente esagerate.

La sindrome atetosica si riscontra nelle seguenti forme cliniche: atetosi doppia congenita pura o sindrome di Cecile Vogt, l'atetosia doppia con diplegia spastica, l'emiatetosi, l'atetosi familiare.

Nell'*atetosi doppia congenita pura* o sindrome di Cecile Vogt si hanno tutti i sintomi su descritti con tutti i movimenti, gli spasmi, le sincinesie incessanti della faccia, del collo, degli arti, che rendono quasi del tutto impossibile ogni atto un po' complicato. L'andatura è spastica, talvolta saltellante.

La masticazione, la deglutizione, la fonazione sono molto disturbate. Si hanno crisi di pianto e di riso spastico. I riflessi sono esagerati, senza cloni. Si ha falso Babinski per estensione atetosica, incessante dell'alluce. L'intelligenza non è gran che compromessa.

La malattia si inizia nei primi mesi della vita extrauterina generalmente con corrugamento della faccia. L'evoluzione è lentamente regressiva ed in capo a qualche anno la sindrome si attenua.

Anatomo-patologicamente è caratterizzata da lesioni particolari dello striatum (putamen e nucleo caudato) che danno allo striato un aspetto marmorizzato alle sezioni colorate con il metodo Pal-Kulschitzky.

Nell'*atetosi doppia con diplegia spastica* alla sindrome precedente si associa una sindrome piramidale doppia: ipertonia intensa (senza ipotonia con il riposo come nel morbo di Cecile Vogt), gambe semiflesse, ginocchi accostati l'uno all'altro, esagerazione dei riflessi con clono come nel morbo di Little, e segno di Babinski.

Si hanno inoltre deficit intellettuale e spesso crisi epilettiche.

Il decorso è sempre progressivo.

La malattia non è sempre congenita e può comparire nella prima infanzia in seguito ad una infezione.

L'atetosi doppia con diplegia spastica è in rapporto a lesioni striate e corticali.

Talvolta, come nel morbo di Wilson e nella pseudo-sclerosi di Westphall-Strumpell, si ha coesistenza di degenerazione epatica. Quest'ultima è stata notata da Di Giacomo (*Policlinico*, 1929) in un caso di atetosi congenita con diplegia spastica e disturbi psichici.

L'atetosi pura e l'atetosi spastica costituiscono due gruppi importanti di encefalopatie infantili.

Magni (*Rivista di Patologia nervosa e mentale*) così classifica queste encefalopatie:

1) Forme paretospastiche con prevalenza di paralisi e disturbi dei movimenti volontari da lesione piramidale: emiplegia cerebrale infantile, diplegia cerebrale infantile e morbo di Little, paralisi pseudo-bulbare.

2) Forme akineto-ipercinetiche con alterazione dei movimenti automatici e subcoscienti con liberazione dei movimenti volontari da degenerazione del sistema striopallidale: atetosi doppia da stato marmorizzato dello striato (sindrome di Cecile Vogt), corea congenita, degenerazione epato-lenticolare (morbo di Wilson e pseudosclerosi di Westphall-Strumpell), sindrome di rigidità decerebrata.

3) Forme miste, paretiche, akinetiche, ipercinetiche, di cui il tipo più importante è la sindrome piramido-striata della sclerosi cerebrale infantile o atetosi doppia con diplegia spastica dell'infanzia, nella quale si trovano ipercinesie, convulsioni e deficit intellettuale.

L'*atetosi familiare* è più rara e si distingue per la presenza di deformazioni craniche, nistagmo spontaneo, abolizione dei riflessi tendinei, esagerazione del riflesso cremasterico, coesistenza di sintomi piramidali, Babinski vero o segno del ventaglio, o di Mendel-Bechterew.

Nell'*emiatetosi* i movimenti anormali sono simili a quelli dell'atetosi doppia, ma non si tratta di una forma pura.

Si ha sempre una sindrome piramidale associata con emianestesia, che comproverebbe l'estensione della azione al talamo ottico.

L'emiatetosi può trovarsi anche nelle emiplegie degli adulti e dei vecchi.

L'atetosi è considerata in conformità della maggioranza dei reperti anatomo-patologici come la conseguenza di una lesione sempre localizzata allo striatum. Tuttavia non mancano osservazioni che la metterebbero in rapporto a lesioni del talamo, del corpo di Luys, del nucleo rosso, dei peduncoli cerebellari, ed anche della via piramidale.

Recenti ricerche non farebbero escludere la localizzazione corticale dell'atetosi.

DR.

L'etiologia e la cura della sclerosi a placche.

(JAMES PURVES-STEWART. *Journal Nervous and Mental Diseases*, dicembre 1930).

Le recenti ricerche anatomo-patologiche tendono a dimostrare che la sclerosi a placche nella sua fase iniziale è un'affezione infiammatoria, provocata da una tossina o da un microrganismo che invade il tessuto nervoso attraverso i vasi sanguigni o linfatici.

Di grande importanza al riguardo è il reperto dell'esame del liquor. Nel 77 % dei casi si ha modificazione della curva aurea e nel 40 % un eccesso di globulina. La reazione aurea sembra essere più la causa che un effetto della malattia, atteso che essa è caratteristicamente positiva nelle forme iniziali prima che si stabiliscano le alterazioni strutturali ed anche duranti i così detti periodi di remissione.

Sulla base delle alterazioni anatomiche e delle alterazioni del liquor miss Kathleen Chevassut instituì una serie di esperimenti intesi ad identificare l'agente patogeno. La cultura del liquor di pazienti di sclerosi a placche in brodo di Hartley (cuore di bue digerito con pepsina) e siero umano normale determina in capo ad una settimana modificazione della concentrazione idrogeno-ioni. L'esame di queste culture fatto con il microscopio Barnard dimostrò la presenza di sferule e granuli. Da queste culture primitive potette ottenere subculture solide e liquide, nelle quali lo sviluppo del microrganismo era chiaramente visibile.

In 269 casi esaminati le culture furono positive nel 93 %, mentre furono sempre negative quando si adoperò il liquor di individui sani o affetti da altre malattie.

Il liquor dava culture negative quando i malati erano sottoposti ad intenso trattamento arsenicale e ritornavano positive con la sospensione della cura.

Le inoculazioni di queste culture alle scimmie provocarono in alcuni casi fatti paretici, serologici sul sistema nervoso.

Fu sperimentata la cura con l'iniezione di vaccino autogeno ucciso e soluzione fenica al 5 %. Furono trattati 82 casi nel periodo di due anni. I pazienti furono esaminati ogni tre mesi clinicamente e serologicamente. In 16 casi nel periodo iniziale la reazione aurica e la globulina riuscirono in 15 e si ebbe una guarigione clinica quasi completa in 15. In 32 casi di media intensità fu notato un miglioramento in 27. Nei 34 casi di malattia avanzata si ebbe un miglioramento solo in 10.

La comunicazione dell'A. dette luogo ad un'ampia discussione alla Boston Society of Psychiatry and Neurology, alla quale parteciparono Zinsser, Fremont-Smith, Ayer, Putnam e Taylor.

Gli studi e le conclusioni di miss Chevassut furono severamente criticati. Fu rilevato che la modificazione della concentrazione idrogenoioni nel mezzo di cultura non autorizzava a presumere l'esistenza di un virus; che gli esami fatti col microscopio Barnard non erano attendibili perchè esso può fare intravedere forme che, come ha dimostrato l'esperienza per altri studi, sono erroneamente considerate microbiche; che i disturbi nervosi nelle scimmie inoculate con le culture del preteso virus non hanno nulla a che fare con le manifestazioni cliniche della sclerosi a placche; che i risultati terapeutici non persuadono affatto e che essi sarebbero davvero sorprendenti se fossero corretti, in quanto l'esperienza fatta con altri virus filtrabili ha dimostrato che l'immunizzazione attiva con virus morti è impossibile.

DR.

Ricerche cliniche e sperimentali sulla encefalite post-vaccinica.

(ECKSTEIN H. e K. HERZBERG. *Deutsche Medizinische Woch.*, 26 dic. 1930).

In relazione alle loro precedenti ricerche sulla encefalite post-vaccinica, gli AA. si sono proposti di studiare il comportamento della vaccinazione con linfa umana, facendo passaggi da bambino a bambino e di confrontare i risultati con quelli che si ottengono vaccinando con la linfa animale.

Clinicamente hanno osservato che dalla intensità della reazione locale non è affatto possibile giudicare la maggiore o minore riuscita della inoculazione, poichè si sono viste reazioni locali vivacissime con decorso afebbrile e viceversa. La durata e l'altezza del periodo febbrile è minore nei bambini inoculati con linfa umana che in quelli inoculati con linfa animale, e ciò potrebbe dipendere da minore forza immunizzante del virus. I sintomi generali son pressochè uguali nei due vari tipi di vaccinazione.

Quanto alla virulenza del virus umanizzato, si ebbe formazione di tipica pustola anche al 36° passaggio e le inoculazioni saranno ancora proseguite.

Sperimentalmente hanno studiato il comportamento del contenuto di virus nell'organismo del bambino a seconda se la vaccinazione era decorsa normalmente o anormalmente.

Il virus si trova nel sangue dei vaccinati con decorso normale tutto al più fino al 10° giorno dopo l'inoculazione, con un massimo d'intensità al 6° giorno: nel secreto faringeo e nel liquor non si trova virus.

Nei vaccinati invece con decorso anormale il virus fu trovato nel sangue anche oltre il 10° giorno e spesso anche nel liquor e nel secreto faringeo.

Questi risultati parlerebbero per una partecipazione del virus vaccinico nella patogenesi delle encefaliti post-vacciniche e giustificherebbero l'uso, in questi casi, di vaccino-immune-siero umano endovenoso e intrarachideo, secondo quanto hanno recentemente proposto Heckmann e Paschen. G. LA CAVA.

Ricerche sperimentali sulla istogenesi della meningite tubercolare.

(A. COSTA. *Riv. Pat. Clin. Tuberc.*, f. X, ottobre 1930).

Le presenti ricerche sperimentali hanno lo scopo di portare un po' di luce nella essenza e nell'istogenesi della meningite tubercolare.

Gli esperimenti sono stati condotti sui conigli, nel cui rachide è stata iniettata una fine emulsione (1 cc.) di bacilli tubercolari di tipo bovino o di tipo umano, previa sottrazione di altrettanto liquor.

Le inoculazioni sono state fatte in un lotto di conigli che si dimostrava immune da tubercolosi alla cutireazione; ed in un lotto in cui un mese prima era stato iniettato lo stesso ceppo bacillare, e quindi con prova della tubercolina positiva.

Come effetti della iniezione si è notato: 1) alcuni dei conigli nuovi ed iniettati nel rachide con emulsione di bacilli vivi sono morti dopo pochi giorni (3-12 giorni) senza presentare alcun disturbo agli arti, nè alcun segno di meningite alla necroscopia;

2) altri conigli sopravvissuti oltre il 12° giorno, al 10°-15° giorno hanno presentato paralisi, o grave paresi del treno posteriore, e talora anche di quello anteriore, e dopo il ventesimo giorno dall'iniezione sono morti; altri animali invece sono sopravvissuti a lungo, e sacrificati due mesi dopo l'iniezione di bacilli;

3) negli animali prima sensibilizzati, l'iniezione nel rachide non ha mai prodotta una setticemia mortale, ma si sono costituite lesioni a carico della meninge, con paralisi del treno posteriore; o sono morti naturalmente dimostrando una meningite diffusa alle meningi molli spinali ed encefaliche.

La morte avvenuta dopo i primi giorni dall'iniezione deve attribuirsi ad una setticemia bacillare e non ad una malattia della meninge, che è risultata integra istologicamente.

Dalle ricerche istologiche emerge che le cellule cosidette di rivestimento della meninge non prendono nessuna parte alla reazione cellulare. Dopo la iniziale essudazione di granulociti e di siero con precipitazione di fibrina, dalle cellule avventiziali e dalle altre cellule emo-istioblastiche delle meningi si svolge una intensa proliferazione di cellule mobili attive.

Le grosse cellule dette « cellule dell'essudato meningitico » si formano verso il decimo giorno e sono in parte forme immature di plasmazellen, in parte cellule epitelioidi, e quindi sono da considerare come cellule della reazione proliferativa.

Le suddette ricerche, dimostrando nella reinfezione una più precoce reazione epitelioide e una più estesa trasformazione plasmacellulare delle cellule mobili, mettono in luce la base allergica delle varietà istologiche della meningite tubercolare spontanea.

L. CARUSI.

RICAMBIO.

Sulle variazioni dell'azotemia durante la fatica.

(U. RONDELLI e S. CHIABRERA. *Min. Med.*, n. 2, genn. 1931).

L'aumento di azoto residuo nel sangue in casi patologici è ormai pacificamente considerato come dipendente da un'alterazione del meccanismo di eliminazione, piuttosto che come un aumento di produzione.

Non è così per l'azoto residuo ematico che si riscontra aumentato dopo uno sforzo muscolare; la spiegazione è ancora poco convincente.

Intanto con la fatica muscolare si producono diverse modificazioni organiche: fenomeni di intossicazione proteica, ipertermia, modificazioni nella pressione arteriosa, della glicemia ecc. A quale di questi fattori bisogna riportare l'aumento dell'azotemia che gli AA. hanno riscontrato in 5 casi sottoposti ad una corsa faticosa?

L'ipotesi più razionale era quella di considerare l'ipertermia e l'aumento dell'azoto residuo dipendenti da una stessa causa, e che quindi tra questi due elementi vi fosse un rapporto diretto. Ma il concetto che l'aumento dell'azoto sia secondario alla febbre da fatica piuttosto che allo sforzo muscolare stesso è respinto da due dati di fatto:

1) non vi è rapporto tra febbre e ritenzione azotata;

2) l'aumento della temperatura non è in rapporto diretto e costante con lo sforzo compiuto.

Quindi questi due fenomeni appaiono distinti e indipendenti.

Da altre ricerche emerge che l'ipertermia che consegue al lavoro muscolare deve essere considerata come segno della labilità termica individuale, come espressione quindi dell'eccitabilità del centro termo-regolatore, e perciò da considerare come una reazione individuale in rapporto allo stato di equilibrio termico di allenamento.

Scartata l'ipotesi di un certo rapporto tra fatica muscolare, ipertermia ed aumento dell'azoto residuo incoagulabile, si deve considerare anche come poco probabile l'altra ipotesi

che cioè l'azotemia sia dovuta ad una aumentata distruzione proteica, cioè ad aumentata produzione di urea, amino-acidi, creatina.

Tenendo però conto delle modificazioni circolatorie che si producono nella fatica, e sopratutto del comportamento dei capillari dei diversi distretti organici, si deve piuttosto ammettere che la quota azotata aggiuntiva durante le fatiche muscolari rappresenti essenzialmente il risultato di uno spostamento idrodinamico dai tessuti al plasma, e deve essere quindi messa in rapporto con le condizioni fisiche del plasma e dei liquidi interstiziali dei tessuti (volume, idremia, pressione osmotica).

L. CARUSI.

L'azotemia senza lesioni renali.

(M. ROCH. *Journ. de Médecine de Paris*, 29 gennaio 1931).

Per lungo tempo l'accumulo di urea nel sangue è stato considerato unicamente come un sintomo di nefrite. Senza dubbio le lesioni renali costituiscono la causa più importante della ritenzione di urea nell'organismo, esistono però numerose condizioni che possono provocarla, indipendentemente da ogni *deficit* funzionale renale.

L'urea può accumularsi nel sangue per 3 meccanismi: 1) per insufficiente eliminazione; 2) per eccessivo apporto; 3) per eccessiva produzione. Questi fattori possono fra loro variamente associarsi.

1) *Azotemia per insufficiente eliminazione.* Lasciando da parte le azotemie da insufficienza renale, bisogna anzitutto considerare l'azotemia da causa nervosa. Il sistema nervoso può influenzare la secrezione urinaria non solo quantitativamente, ma anche qualitativamente. Si può così spiegare l'azotemia che accompagna le complicazioni meningee negli stati infettivi e nella fase acuta dell'encefalite epidemica. Esiste poi un'azotemia di origine riflessa, di cui il migliore esempio è quella da anuria riflessa nella colica nefritica. È verosimile che molte lesioni infiammatorie delle vie urinarie (come prostatite) ed anche dei traumi agiscano nello stesso modo. Il riflesso può partire da altri organi e causare anche una certa ritenzione di urea (coliche epatiche, crisi appendicolari, crisi tabetiche, ecc.). Anche un trauma operatorio può provocare una passeggera azotemia.

Alle azotemie da insufficiente eliminazione appartengono poi l'azotemia da oliguria nell'asistolia, nella privazione delle bevande, nelle gravi perdite di acqua (sudori, diarree, vomiti), e l'azotemia per cloropenia messa in luce negli ultimi anni.

2) *Azotemia per eccessivo apporto.* La superalimentazione o l'ingestione sperimentale di urea possono provocare un'azotemia in un soggetto normale, ma essa è abitualmente di poca intensità e di breve durata. L'eccesso di apporto ha invece grande importanza quando la diuresi diminuisce o quando il potere di concentrazione del rene non è più normale.

3) *Azotemia per eccessiva produzione.* Si può avere in numerose condizioni. Nell'uomo, in certe circostanze, l'inanizione, provocando una forte distruzione di tessuti, può contribuire ad accentuare l'azotemia, ed in questo caso l'alimentazione con idrocarbonati è particolarmente indicata. I traumi, oltre che per via riflessa, possono agire anche in questo senso, mettendo in libertà delle sostanze proteiche in quantità assai grande. Anche nei traumi operatori questa ureogenia istolitica sembra che abbia importanza come fattore di azotemia. Probabilmente alla distruzione dei tessuti bisogna riferire l'azotemia degli atrepsici, assai rara. Anche la distruzione dei globuli rossi rappresenta una liberazione talora brusca di scorie azotate ed è forse questo il meccanismo di origine dell'azotemia constatata negli itteri da iperemolisi. La radioterapia penetrante intensiva, per l'effetto distruttore che esercita sui tessuti, può provocare azotemia elevata con sintomi di uremia tossica. In tutte le malattie infettive acute e gravi si verifica una disintegrazione dei tessuti che può da sola spiegare l'azotemia che si verifica in questi casi. Quando si tratta però di uno stato infettivo, bisogna sempre considerare la possibilità di una affezione renale. Di più, l'oliguria, l'insufficienza circolatoria, la diarrea, i vomiti, i sudori profusi devono essere tenuti in considerazione; tuttavia la disintegrazione dei tessuti esagerata costituisce il fattore principale. Quanto alle intossicazioni, molti veleni agiscono sul rene, ma anche quelli che esercitano la loro azione essenzialmente su quest'organo, come il sublimato, provocano l'azotemia per un doppio meccanismo, per ritenzione da una parte e per disintegrazione dei tessuti dall'altra.

Il ruolo del fegato nella produzione dell'urea è preminente. Per questo è particolarmente interessante dosare l'urea del sangue negli stati patologici di origine tossica o infettiva che interessano simultaneamente il rene ed il fegato. Nella spirochetosi ittero-emorragica, che è il tipo di queste infezioni, l'azotemia, elevata e precoce, è provocata più da una produzione esagerata che da una ritenzione. È probabile che questa produzione sia dovuta ad una fase di iperfunzione epatica, fase che può precedere anche la comparsa dell'ittero. D'altra parte non è illogico ammettere che una iperfunzione primitiva del fegato possa influire sulla attività ureogenetica del fegato.

Infine l'A. ritiene che l'azotemia grave, qualunque sia la sua origine, possa essere una causa di disintegrazione dei tessuti che, per un circolo vizioso, accentua a sua volta l'azotemia. Questa potrebbe essere una delle cause di quegli aggravamenti rapidi che si osserva-

no spesso negli azotemici brightici che possono per qualche mese conservare uno stato apparentemente soddisfacente.

In conclusione, l'equazione: aumento del tasso dell'urea sanguigna = nefrite, può condurre a grossi errori. Cause numerose possono produrre azotemia, anche quando i reni restano sani. Nella pratica parecchie cause si associano spesso nello stesso malato. L'arte del clinico consisterà nel valutare l'importanza rispettiva di queste diverse cause.

C. TOSCANO.

L'ammoniuria come saggio dell'equilibrio acido-basico e delle affezioni renali.

(M. POLONOWSKI E P. BOULANGER. *Paris Médical*, 24 gennaio 1931).

La formazione nel rene dell'ammoniaca urinaria è attualmente dimostrata in modo indubbio. Altri organi, come il fegato, producono anche normalmente ammoniaca, ma se la loro importanza nella regolazione dell'ammoniemia deve essere presa in considerazione, la loro influenza sull'ammoniuria appare al contrario trascurabile.

Nel problema dell'ammoniogenesi renale resta ancora non delucidato il problema della sostanza dalla quale il rene fabbrica l'ammoniaca. Tutti i composti azotati del sangue sono stati invocati da numerosi AA., ma i risultati sono stati negativi. Questa lacuna non diminuisce però l'interesse del problema dell'ammoniuria.

La formazione dell'ammoniaca da parte del rene costituisce, in effetti, una reazione di difesa del parenchima renale contro l'acidosi, in quanto l'ammoniaca satura una parte dei radicali acidi che il rene deve eliminare e risparmia una quantità equivalente di basi del plasma.

Altri fattori di minore importanza possono intervenire per modificare l'eliminazione ammoniacale. Fra essi è la diuresi che agisce aumentando il lavoro renale, lavoro che, a pH costante, potrà essere misurato dalla ammoniuria.

Esperienze degli AA. hanno messo in evidenza una frazione dell'ammoniaca urinaria che resta indipendente dalla regolazione acidobasica, una ammoniuria di escrezione.

Allo stato attuale della quistione, dallo studio della ammoniuria si possono trarre queste due conclusioni pratiche: 1) Quando il rene è sano, l'eliminazione ammoniacale è un testimone diretto e prezioso dell'equilibrio acido-basico del mezzo interno; 2) quando il rene è malato, essa può costituire un mezzo per apprezzarne lo stato funzionale.

È noto da lungo tempo che l'alcalosi, provocata o spontanea, s'accompagna ad ipo-ammoniuria. Esistono degli stati di alcalosi fisiologica, di cui i principali sono quelli determinati da iperventilazione polmonare e dalla secrezione gastrica che libera il radicale basico del cloruro di sodio.

Le alcalosi patologiche appartengono a due categorie. La prima comprende i casi in cui si esagerano patologicamente i fenomeni fisiologici che provocano l'alcalosi fisiologica. Si hanno così la tetania gastrica e la tetania da iperpnea, che si manifestano con una elevazione del pH e della riserva alcalina del plasma, e parallelamente con un aumento del pH urinario ed un abbassamento dell'ammoniuria. Alla seconda categoria appartengono quei casi in cui si ha una rottura del meccanismo regolatore dell'equilibrio acido-base. A questa categoria appartengono l'epilessia essenziale e la tetania paratireopriva.

Anche per l'acidosi esiste uno stato fisiologico, l'acidosi da digiuno, dovuta ad impoverimento di glicogeno da parte dell'organismo e a conseguente arresto del catabolismo dei corpi chetonici acidi, che passano nel sangue e sono eliminati dal rene. Si ha allora aumento della ammoniuria fino a tassi molto considerevoli. A cause analoghe è dovuta l'acidosi del diabete, che si accompagna ad una iperammoniuria che può essere preziosa per seguire e prevedere l'evoluzioni di un diabete, in quanto l'elevazione dell'eliminazione ammoniacale permette di prevedere, meglio ancora dell'abbassamento della riserva alcalina, gli accidenti dovuti all'acidosi.

Aumento di eliminazione urinaria da parte del rene si ha anche nelle altre varietà di acidosi, come nell'acidosi gassosa, dovuta ad accumulo di CO_2 nel sangue per diminuzione della ventilazione polmonare e rallentamento della circolazione polmonare (enfisema polmonare, pleurite, insufficienza cardiaca), e nell'acidosi da perdita esagerata di basi (nefriti, diarree profuse, gastroenteriti di lattanti, emorragie). In tutti questi casi, eccetto che nelle affezioni renali, l'ammoniaca urinaria aumenta.

Complessa e di difficile interpretazione è la questione dell'iperammoniuria nell'acidosi di origine epatica, acidosi dovuta a disturbo della funzione proteolitica della cellula epatica ed a conseguente combustione incompleta dei corpi chetonici. Secondo l'A. anche in questo caso l'aumento dell'ammoniaca urinaria, destinata a neutralizzare i radicali acidi, è di origine renale e non epatica, ed una prova di ciò si trova nel fatto che, nelle malattie epatiche che si accompagnano a lesioni renali, l'iperammoniuria è minore o nulla. Lo studio dell'eliminazione ammoniacale non ci dà dunque che indicazioni indirette sul valore funzionale del fegato.

Quanto allo studio dell'ammoniuria nelle affezioni renali, gli AA. ritengono che esso meriti di essere preso in considerazione quale

elemento di giudizio dello stato funzionale del rene e mettono in evidenza la costante ipoammoniuria dal lato malato nei casi di lesione renale unilaterale. L'interpretazione dell'ipoammoniuria nelle lesioni renali bilaterali è notevolmente complessa.

Dato che le variazioni dell'ammoniaca urinaria sono sottoposte all'influenza di parecchi fattori, fra i quali il pH e la riserva alcalina del plasma hanno un posto importante, la diminuzione dell'ammoniuria non può essere riferita senz'altro a diminuzione dell'ammoniogenesi. C. Toscano.

Sulla glicemia idiopatica.

(Roth. *Med. Klin.*, n. 48, 1930).

L'A. descrive minutamente il caso di un individuo il quale venne ricoverato nella sua clinica in uno stato di grande agitazione, con scosse cloniche degli arti, movimenti incoordinati del capo, rotazione degli occhi ecc.; l'attacco durò circa un'ora e si fece dapprima diagnosi di epilessia.

Ma l'anamnesi insegnò poi che il paziente andava da molti anni soggetto a questi attacchi, che comparivano a grande distanza dai pasti o durante un lavoro muscolare: l'ingestione di pane o di zucchero permetteva al paziente di troncarli all'inizio.

In base al sospetto che la causa degli attacchi dovesse ricercarsi in una deficente alimentazione carboidrata al paz. vennero sottratti tutti i carboidrati nella dieta, ed effettivamente si riuscì in questo modo a provocare nuovamente degli attacchi che si calmarono rapidamente con la somministrazione di piccole quantità di glucosio.

L'esame sistematico della glicemia dimostrò come essa cadeva molto in basso durante l'attacco; e come, pertanto, dovesse attribuirsi a questa ipoglicemia tutta la sintomatologia epilettiforme che è già stata descritta.

Rimesso a dieta ricca di carboidrati il paz. stette di nuovo bene sino a che — sottratti questi di nuovo — ricomparvero gli attacchi. Nel sospetto che si potesse trattare di una iperinsulinemia, il Roth praticò nel paziente iniezioni, anche endovenose, di insulina, ma senza ottenere attacchi convulsivi, sebbene la glicemia si abbassasse notevolmente.

Questo fece pensare all'A. che nè l'iperinsulinemia nè l'ipoglicemia da sole fossero capaci di scatenare l'attacco, ma che entrambe dovevano agire e per un certo tempo, forse portando ad un impoverimento di zucchero nel cervello.

Esaminato il comportamento della glicemia nel paz. durante un lavoro faticoso, si notò un rapido abbassamento di questa, pur senza manifestazioni convulsive; nel sospetto che si trattasse in questo malato di una particolare lentezza nella smobilitazione del glicogeno a glucosio, si fece la prova con l'adrenalina e si osservò che, difatti, non si ottenevano che lievissimi aumenti della glicemia.

Somministrando infine un grammo di zucchero ogni mezz'ora al paziente, questo ha potuto sopportare senza inconvenienti lavori anche gravosissimi.

L'A. concludendo richiama l'attenzione sulla possibilità di queste manifestazioni nervose a tipo istero-epilettico; ricorda gli studi parallelamente condotti su questo argomento da altri Autori e termina ricordando un interessante caso di Wilde, in cui gli attacchi di ipoglicemia dipendevano dall'iperinsulinismo derivante dalla funzione delle metastasi cancerigne che, dalla testa del pancreas, avevano invaso il fegato. V. Serra.

CENNI BIBLIOGRAFICI [1]

J. Montpellier e P. Witas. *La pratique de l'autopsie pour l'étudiant et le praticien.* Un vol. in-8°, di 330 pagg., con 90 figg. - G. Doin, ed., Paris, 1930. Prezzo Frs. 40.

Nonostante la grande importanza che ha per l'esatta conoscenza della medicina, l'anatomia patologica è spesso trascurata dallo studente e, tanto più dal medico. Una buona guida, sia per l'autopsia a scopo medico che per quella a scopo medico-legale, ci è fornita da questo libro che condensa felicemente i dati essenziali della tecnica e della pratica delle autopsie.

In una prima parte, esso conduce lo studioso presso il cadavere, lo guida nella tecnica rigorosa, metodica dell'estirpazione e dell'esame degli organi, gli insegna a vedere ed a rilevare i caratteri patologici di ciascuno di essi.

Indica poi al pratico, la via che deve seguire nella ricerca delle cause della morte accidentale, richiamando le necessarie nozioni di medicina legale e precisando il modo di redigere un referto di autopsia.

Libro pratico ed utile. *fil.*

R. Erdmann. *Praktikum der Gewerbepflege oder Explantation besonders der Gewebezüchtung.* Un vol. in-8°, di 148 pagg., con 92 figg. - J. Springer, ed., Berlin, 1930.

Dai primi tentativi di Roux che, nel 1884, portò allo sviluppo, in soluzione fisiologica calda, la piastra midollare dell'embrione di pollo, a quelli recenti di Carrel, di Harrison, Bucrows, ecc., la coltura dei tessuti si è di molto semplificata ed affinata. I risultati ottenuti sono già di notevole significato e ne lasciano prevedere altri che potranno in seguito risolvere importanti questioni biologiche. Basti pensare alla coltura delle cellule tumorali,

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

che potrà forse gettare qualche luce sull'oscuro problema dei tumori.

L'A., dopo un'introduzione in cui delimita il campo di studio, descrive gli apparecchi usati e la delicatissima tecnica, si occupa delle modificazioni che le cellule subiscono, delle estrinsecazioni vitali delle cellule e dei tessuti (fagocitosi, formazione di cellule giganti, ecc.), delle manifestazioni dell'accrescimento, dei processi progressivi e regressivi ed accenna, da ultimo, ad alcune questioni controverse che la coltura dei tessuti potrà risolvere. Dà utili indicazioni pratiche per le esercitazioni in materia e riporta una limitata bibliografia.

Il libro, che è alla sua seconda edizione, è della massima importanza per ogni biologo.

fil.

A. KÜHN. *Einführung in die pathologische Histologie der wichtigsten Pulpa- und Kiefererkrankungen sowie der hauptsächlichsten Tumoren der Mundhöle.* Vol. di pagine IX-57 con 74 fig. Edit. G. Thieme, Lipsia, 1930. Mk. 6.

Questo libro non ha la pretesa di sostituirsi ai trattati di istologia patologica della cavità orale; ma per coloro che non si dedicano in modo particolare a questi studii, o che non hanno modo o tempo di consultare i grandi trattati, esso costituisce indubbiamente un'opera pregevole perchè in un breve testo e con numerose caratteristiche microfotografie dà un quadro completo delle più importanti alterazioni anatomo-patologiche dei denti e dei tessuti ad essi vicini, come pure dei più frequenti tumori benigni e maligni del cavo orale. Con particolare chiarezza sono esposte le infiammazioni acute e croniche della polpa, le diverse forme di periodontite, la piorrea alveolare, l'osteomielite. Il capitolo dei tumori tratta di quelli che maggiormente interessano l'odontoiatra. G. PACETTO.

P. GODIN. *Le tissu élastique. Son importance clinique.* Un vol. in-16°, di 77 pagg. - N. Maloine, ed., Paris, 1930.

Il tessuto elastico è molto diffuso nell'organismo, ma le sue alterazioni sono state finora poco studiate, sebbene esse possano provocare i disturbi che si manifestano nell'età matura, con ptosi, rilasciamento articolare, dilatazioni, varici, ecc. L'A. isola la sindrome di deficienza elastica, la « elastopatia », di cui egli riconosce in gran parte la causa nella intossicazione da potassio, che viene determinata dal largo uso della potassa come concime chimico, che poi passa nel latte, nella carne, nelle verdure. Di tale sindrome descrive i sintomi, dà le indicazioni per diagnosi, la profilassi, la cura alimentare, fisica e medicamentosa. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 30 gennaio 1931.

Presidente: A. FERRATA.

Sulla questione della filtrabilità del virus tubercolare.

G. CALLERIO. — L'O. ha ripetuto alcune recenti esperienze di Ninni inoculando i filtrati di culture giovani di bacilli tubercolari in mezzo liquido direttamente nel parenchima delle ghiandole linfatiche del collo nelle cavie. I risultati, a differenza di quelli di Ninni, furono costantemente negativi per quanto riguarda la comparsa nelle ghiandole iniettate di bacilli e di granuli acido-resistenti. Anche il trapianto del materiale di una ghiandola iniettata in un'altra ghiandola di un animale della stessa specie diede risultato negativo.

L'O. usò un ceppo di tubercolosi umana da poco isolata dallo sputo, mentre Ninni si servì del ceppo « Vallée » di tubercolosi bovina, perciò egli si propone di ripetere le esperienze collo stesso ceppo « Vallée » per eliminare l'obbiezione che la diversità dei risultati dipenda dalla diversità dei ceppi impiegati.

Bartonellosi nelle rane smilzate.

Prof. E. ZAVATTARI e S. DEFENDI. — Gli OO. hanno messo in evidenza che nelle rane di Pavia si provoca con la splenectomia una infezione acuta da Bartonelle, infezione che conduce gli animali alla morte dopo 16-18 giorni dalla splenectomia.

Alla bartonella riscontrata è stato provvisoriamente assegnato il nome di *Bartonella batrachorum.*

L'endotelio e le sue potenzialità evolutive. Effetti della splenectomia.

E. STORTI. — L'O. ha splenectomizzato circa un centinaio di anfibi, appartenenti a diverse specie tenendo conto in modo speciale delle modificazioni evolitive dell'endotelio di tutto l'organismo, ed è arrivato alle seguenti conclusioni:

1) capacità di differenziamento e di evoluzione citoematogena del tessuto endoteliale inteso nel vero senso della parola, cioè di tutto l'endotelio dell'organismo; capacità emopoietica dimostrata dalla comparsa di focolai di eritro-leuco-e-linfopoiesi in diversi organi; fegato, cuore, rene, polmone, connettivi;

2) unicità di comportamento, pur con diversa intensità, di tutte le sezioni del tessuto endoteliale, cioè di quella sezione che noi ascriviamo al sistema reticolo-istiocitario e di quell'altra che invece rappresenta l'endotelio vero e proprio, ed alla quale finora viene riconosciuta una funzione se non esclusivamente almeno prevalentemente trofica;

3) riconoscimento sugli strisci di cellule a carattere intermedio, che probabilmente, documentano le fasi di evoluzione e di passaggio della cellula endoteliale.

Prove manometriche sul liquido cefalo-rachidiano. Cause d'errore nella valutazione dei reperti.

P. OTTONELLO. — Esperienze dirette a controllare l'utilità diagnostica della compressione sepa-

rata delle giugulari al collo e delle variazioni di pressione del liquido c. rachidiano ad essa conseguenti hanno dimostrato che indipendentemente da ostruzioni dei seni laterali, possono verificarsi differenze spiccate fra i valori manometrici ottenibili ai due lati. Tali differenze dipendono sopratutto dal diverso calibro dei seni laterali.

Sulla morfologia della saliva boccale in condizioni normali e patologiche.

Dott. R. Mariani. — L'O. ha studiato metodicamente gli elementi morfologici convogliati nella saliva mista.

Seduta del 13 febbraio 1931.

La glucosio-insulinoterapia nella insufficienza di cuore.

G. Di Guglielmo. — L'O., dopo aver illustrato i principî sui quali si basa la glucosio-insulinoterapia dell'insufficienza di cuore e aver indicate le modalità d'applicazione del nuovo trattamento, riferisce i risultati ottenuti in 8 forme diverse di cardiopatie scompensate. Azione veramente efficace si è potuta constatare nell'unico caso che presentava le condizioni più favorevoli per l'applicazione del trattamento e cioè un vizio di cuore con scompenso grave ma senza interferenze di altri processi morbosi, i quali possono render ragione, almeno in parte, dei risultati nulli o appena apprezzabili, conseguiti negli altri ammalati. La nuova cura merita di essere largamente sperimentata, pur riconoscendo fin d'ora che dal suo uso non si possono attendere in tutti i casi di insufficienza cardiaca gli stessi favorevoli risultati.

Un eccezionale caso di calcolo della lingua.

R. Grignani. — L'O. comunica un caso veramente eccezionale di un calcolo del volume di una piccola ciliegia sito sulla parte mediana del dorso della lingua al davanti del V linguale e che simulava un tumoretto della lingua.

È questo il primo caso noto nella letteratura medica di calcoli in tale sede.

L'O. pensa che si tratti di una inclusione di resti ghiandolari con trasformazione calcolosa del secreto della ghiandola stessa.

Meningo-encefalite da frattura della volta cranica. Craniotomia, drenaggio, guarigione.

R. Grignani. — Allo scopo di contribuire al miglior trattamento di particolari alterazioni prodotte dai traumi cranici quali l'infossamento di scheggie ossee, e la grave complicazione della infezione, riferisce un caso di grave meningoencefalite da frattura a stampo della volta prodotta dal piede di uno scaldino.

Il malato fu da lui operato di craniotomia e drenaggio tanto del focolaio di suppurazione encefalica, quanto delle meningi; il malato, che presentava gravi fenomeni, paralisi di un braccio e afasia, è guarito nel periodo di una trentina di giorni con scomparsa di tutti i fenomeni.

Un voluminoso diverticolo esofageo. Estirpazione in un unico tempo, guarigione.

R. Grignani. — L'O. ha operato un caso di voluminoso diverticolo da pulsione dell'esofago cervicale che raggiungeva la reg. retrosternale quando era disteso; colla base di impianto sulla parete postero-laterale destra.

Il caso presentava difficoltà diagnostiche per la sede di impianto e l'O. dimostra l'alta importanza a questo scopo di ripetuti esami radioscopici con l'ammalato in varie posizioni.

Operatoriamente sostiene essere preferibile la via retrosternocleido-mastoidea con spostamento del muscolo e del fascio vascolo-nervoso all'interno, via meno lesiva per i vasi e che mette al riparo, specialmente, da eventuali lesioni del nervo ricorrente, ritiene ancora che sia importante scollare un tratto di mucosa del diverticolo e di introfletterla secondo la sua tecnica, il che mette al riparo dalla possibilità di infezione.

Inutile, anzi dannoso l'uso di sonda nel diverticolo o nell'esofago.

Colla sua tecnica ritiene sempre possibile la estirpazione in un sol tempo dei diverticoli dell'esofago anzichè in due tempi.

Malformazione reno-ureterale causa di coliche renali.

R. Grignani. — L'O. presenta un caso di duplicità ureterale completa sinistra con rene a lobulazioni fetali nel quale si avevano coliche renali frequenti con sindrome analoga alla calcolosi. Il paziente è guarito colla nefrectomia. Il rene era di volume quasi doppio del normale; presentava due bacinetti distinti; il superiore più piccolo, un unico peduncolo vascolare; era in preda a piccole e rare emorragie puntiforme. L'O. pensa che la causa delle coliche sia sita in fatti di brevi ostruzioni intermittenti che distendevano i bacinetti. La capsula era poi molto aderente per fatti lievi di perinefrite.

La Ballungs-Reaktion di Müller semplificata per la sierodiagnosi della lue.

G. Callerio. — L'O. ha eseguito la reazione di Müller semplificata confrontandola colle comuni prove per la sierodiagnosi della lue (Wassermann, Meinicke, Sachs-Georgi), e ne ha potuto constatare la sensibilità e la specificità abbastanza notevoli e tali da consigliarne l'impiego come reazione di completamento accanto a quella classica di Wassermann.

Pseudo tubercolosi ossea. Considerazioni sull'osteomielite cronica da corpo estraneo.

L. Cappi. — L'O. comunica un caso di osteomielite cronica del piede da ritenzione di corpo estraneo (pezzetto di legno) guarito chirurgicamente mediante asportazione del corpo estraneo e del tessuto osteitico e di granulazione. Il caso era stato curato infruttuosamente in antecedenza per otto anni come se si trattasse di osteomielite tubercolare. L'oratore dopo avere esaminato le varie forme di osteomielite cronica richiama l'attenzione sulle forme sostenute da corpo estraneo; ne traccia i caratteri differenziali con le osteomieliti tubercolari con le quali spesso si confondono e dalle quali solo con un accurato esame anamnestico, clinico e radicologico possono venire distinte.

Su un caso di gangrena gassosa.

L. Cappi. — L'O. riferisce un caso di gangrena gassosa in un ragazzo di sette anni in seguito ad una frattura esposta delle ossa dell'avambrac-

cio. La gangrena è insorta due giorni dopo con rapido aggravamento delle condizioni generali. Una radiografia eseguita ne tracciava chiaramente i limiti. L'ammalato migliorato rapidamente con la demolizione dell'arto colpito guarì per seconda. L'oratore dopo avere esaminato la genesi della gangrena insiste sull'utilità dell'esame radiologico che spesso indica chiaramente i limiti della gangrena stessa.

Il Segretario: P. INTROZZI.

Società Italiana Fascista di studi scientifici sulla tubercolosi.

Sezione Romana.

Seduta del 29 gennaio 1931.

Presidente: On. Prof. E. MORELLI.

Sul pneumotorace controlaterale.

MENDES. — L'O. ha voluto sperimentare il pnx. terapeutico controlaterale. Malgrado avesse scelto soggetti in cui era prevedibile una facile spostabilità del mediastino e che presentavano tutte le altre indicazioni per l'applicazione della collassoterapia controlaterale (circostanze che furono poi confermate esistenti dal controllo radiologico), i risultati non furono soddisfacenti.

Su tre infermi si dovette abbandonare il pnx. controlaterale e ricorrere alla frenicoexeresi.

L'O. ritiene che tali insuccessi dipendano dal fatto che il pnx. controlaterale (che per forza di cose dev'essere ipotensivo) non può produrre mai un collasso selettivo.

SIGNORELLI afferma che l'efficacia del pnx. unio bilaterale deve rapportarsi alla realizzazione della seconda legge da lui illustrata e dalla quale dipende la guarigione della tubercolosi polmonare aperta: *la pletora toracica*, sproporzione fra contenente e contenuto: e tutti i metodi, ventralizzazione, pnx. omo- e controlaterale, frenico-exeresi, resezione costale, creano tale sproporzione, da cui « iperemia venosa » che è condizione che favorisce la quiescenza e la guarigione d'ogni processo tubercolare. Per tali ragioni si potrebbero comprendere i successi e le indicazioni del pnx. controlaterale di M. Ascoli.

MONALDI dice che per sue esperienze il pnx. controlaterale può agire solo in caso di lesioni del terzo medio od inferiore del polmone, non per quelle alte.

MORELLI rileva il pericolo che si abusi del prezioso metodo del Forlanini senza vantaggio, anzi con danno del malato. Già il pnx. bilaterale deve essere adoperato con grande cautela e solo in casi eccezionali, mentre da alcuni AA. lo si applica piuttosto largamente. Il pnx. controlaterale poi non ha alcuna giustificazione teorica, nè indicazione pratica. Si può ammettere che il pnx. in pazienti con lesioni bilaterali possa avere una benefica influenza sulle alterazioni dell'altro lato, ma solo per via immunitaria e comprimendo le parti più colpite, sorgenti di prodotti tossici per l'organismo. Nel caso del pnx. controlaterale di Ascoli invece si comprime il polmone sano a tal punto da ottenere lo spostamento del mediastino e ciò porta costantemente ad un aggravamento. Cita a questo proposito un caso tipico di propria osservazione. Conclude che secondo lui, e d'accordo con i casi di Mendes, il pnx. controlaterale è dannoso.

MENDES si associa alle parole del prof. Morelli.

Sopra una nuova terapia delle emottisi.

GALLI riferisce pure per TREPICCIONI assente, il quale aveva proposto per cura dell'emoftoe di praticare iniezioni endotracheali di coaguleno alla dose di 10 cc. Galli associa il coaguleno (10 cc.) all'adrenalina (cc. 1). Riferisce sopra una diecina di casi trattati con buoni risultati e sulla tecnica da lui seguita. A dimostrazione della esattezza della tecnica mostra varie radiografie di soggetti sottoposti ad immissione endotracheale di sostanze di contrasto.

MENDES dice di preferire la iniezione attraverso gli spazi intercartilaginei tracheali. Ha provato l'azione dell'adrenalina con scarsi risultati. È scettico anche sull'azione locale del coaguleno di cui preferisce le iniezioni endovenose.

ZANNELLI CARLO riferisce sulla esperienza personale di adrenalina endotracheale con scarsi risultati, forse perchè molta parte del medicamento si perde per le vie bronchiali.

LUZZATTO-FEGIZ emette l'ipotesi che i benefici effetti ottenuti dal Galli siano riferibili all'intensa anestesia locale con oppiacei usata in precedenza all'inoculazione degli emostatici.

VIGNOLO-PALOMBELLA ricorda due casi trattati felicemente con l'adrenalina e coaguleno.

MORELLI accetta l'osservazione di Mendes sulla tecnica e quella di Luzzatto; non crede invece con Zannelli che il rimedio si disperda facilmente nelle vie bronchiali. Non è con Mendes per quanto riguarda l'iniezione endovenosa di coaguleno che si diluisce eccessivamente nel torrente sanguigno. Afferma la necessità di esperimentare su vasta scala seguendo la via endotracheale e cercando l'azione locale polmonare dei rimedi, il che è stato messo in evidenza per primo da M. Ascoli e dalla sua scuola.

GALLI fornisce ulteriori spiegazioni sulla tecnica e risponde ai vari oratori, riconoscendo col prof. Morelli la necessità di estendere l'applicazione a molti casi.

Reazione di Vernes nella tbc. laringea.

MOTTA. — Dalle sue ricerche risulta che nella tbc. polmonare unilaterale l'indice fotometrico della reazione di Vernes tbc. oscilla da 15 a 50; in quella bilaterale fra 31 e 75; nella forma complicata da localizzazione laringea la media si mantiene più elevata. Quindi ad una maggiore gravità dell'infezione tbc. corrisponde un indice fotometrico più elevato.

Sono rimandati ad altra seduta i temi « *Classificazione delle forme tubercolari del polmone* » (OMODEI ZORINI, SPINEDI e RABBIOSI) e « *Funzione cardiovasale negli spostamenti del mediastino da pnx.* » (MONALDI).

Il Segretario: OMODEI-ZORINI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Il dolore sottoepatico nelle ulcere duodenali.

Secondo A. Cade e Milhaud (*Journ. de méd. de Lyon*, 20 ag. 1930), la confusione è abbastanza frequente; in due casi, p. es., l'intervento chirurgico ha dimostrato che si trattava di un'ulcera del duodeno anzichè di una affezione del coledoco, come era stata diagnosticata.

Spesso, ma non sempre soccorre l'anamnesi. Le crisi epatiche possono mancare; la presenza di una leggera febbre vespertina, di un punto doloroso cervicale destro, di pigmenti o di sali biliari nell'urina, l'assenza abituale di ipersecrezione a digiuno e di stasi gastrica fanno pensare piuttosto alla litiasi. L'ittero ha scarso significato: può mancare nella litiasi e trovarsi invece nell'ulcera.

Le emorragie occulte fecali sono state riscontrate anche nella litiasi e mancano talora nell'ulcera.

Il dolore tardivo si osserva nella colecistite, come nell'ulcera; nella prima, però, è meno costante quotidianamente, meno nettamente calmato dagli alcalini e dall'alimentazione, spesso invece aggravato dalle scosse; si irradia verso il dorso e verso la spalla destra, ritorna o si esagera al momento delle mestruazioni.

Nella litiasi il chimismo gastrico è generalmente normale od ipocloridrico, mentre l'ipercloridria esiste nel 70-75 % dei casi di ulcera. Ma vi sono stati segnalati dei casi di ulcera duodenale con anacloridria. La radiologia è ben lungi dall'essere sempre positiva nell'ulcera, mentre sono ben note le incertezze delle radiografie delle vie biliari.

Il punto cistico doloroso, bene localizzato, all'intersezione del margine costale destro e del gran retto ha certamente grande valore; ma tale localizzazione non è esclusiva per le colecistiti, avendosi talora anche nelle ulcere duodenali.

Un'analisi minuziosa dei sintomi permetterà un'approssimazione nella diagnosi. Una sindrome tardiva netta, con periodicità dolorosa e calmata dagli alcalini e dall'ingestione di alimenti impedirà di rifiutare la diagnosi di ulcera, anche se la cistifellea è dolente alla palpazione. *fil.*

Un sintomo obbiettivo dell'appendicite cronica.

P. Y. Buchmann (*Presse Médicale*, n. 65, agosto 1930) richiama l'attenzione dei chirurgi e ginecologi su d'un sintomo diagnostico obbiettivo poco conosciuto e che ha verificato per 3500 pazienti affetti d'appendicite cronica ed operati per tale infermità.

Questo sintomo consite in una dilatazione attiva della pupilla destra in quasi tutti i malati sofferenti di appendicite cronica. In tutti i casi osservati ha riscontrato la dilatazione della pupilla dell'occhio sinistro nell'88 % dei malati operati, nel 6 % la dilatazione della pupilla dell'occhio sinistro e nel 6 % non ha constatato alcuna differenza nelle dimensioni delle pupille.

Discute le basi anatomiche che determinano il sintomo della dilatazione pupillare e fa rilevare che osservando i risultati lontani dell'appendicectomia, si può vedere che le pupille dei due occhi ritornano eguali nel corso di due a sette mesi dall'intervento; e ciò prova, secondo l'A., il valore del sintomo in questione.

C. BUCCI.

CASISTICA.

La morte con sindrome pallore-ipertermia.

Sulla natura misteriosa di queste morti, che si presentano dopo operazioni chirurgiche in fanciulli, è stata già richiamata l'attenzione. La tragica semplicità di questi casi è assolutamente tipica: pallore ed ipertermia che insorgono a breve distanza da un atto operatorio, e che portano a morte l'infermo.

P. Lorthioir e Bastenie (*Le Scalpel*, n. 44, nov. 1930) riferiscono il caso di un fanciullo di 11 anni operato per fimosi ed atresia del testicolo con narcosi cloroformica. La sera stessa dell'operazione compare pallore intenso, temperatura a 38°,3, polso a 105, dispnea. Il mattino successivo con una temperatura di 40° il paziente muore.

Su questo caso gli AA. hanno portato i loro studi per contribuire a chiarire la patogenesi di tali morti.

L'esame anatomo-patologico ha messo in evidenza: nel timo e nella milza una distruzione nucleare intensa che denunzia uno choc carioclasico; la tiroide presenta una sclerosi accentuata, congestione intensa, desquamazione dell'epitelio delle vescicole colloidi, tendenza alla scomparsa della sostanza colloide; nel sistema nervoso intensa degenerazione mucosa della nevroglia.

Queste le lesioni osservate in quel caso; gli altri organi o ghiandole endocrine non furono esaminate. Queste insufficienti ricerche non possono autorizzare ad emettere opinioni patogenetiche; ma mettendole in rapporto con quanto è stato già studiato sulla sindrome pallore-ipertermia, esse possono servire ad orientare meglio le ricerche ulteriori ed a fissare le tre probabili spiegazioni:

1) si può trattare di fanciulli a cromatine labili, in cui la cloronarcosi ha scatenato uno choc carioclasico. Questa disintegrazione nucleare ha prodotto una profonda intossica-

zione dell'organismo, con sviluppo della sindrome.

2) si può ammettere che la lesione nervosa sia anteriore alla complicazione. In tali casi una eccitazione minima può produrre una violenta eccitazione del simpatico, che si traduce con alterazioni intense della tiroide. Le alterazioni del timo e della milza sarebbero secondarie all'acidosi, all'ipertermia, all'adrenalinemia;

3) si può pensare che l'unica lesione preesistente sia la sclerosi tiroidea, la quale probabilmente altera la funzione delle paratiroidi e di altre ghiandole. Lo choc traumatico romperebbe questo labile equilibrio endocrino, producendo il pallore e l'ipertermia.

Se questa terza ipotesi può spiegare molte delle alterazioni trovate, è tuttavia per ora troppo ipotetica per essere accettata, e bisogna considerarla come una condizione che spinga ad ulteriori ricerche. L. CARUSI.

La causa di morte nell'autolisi epatica.

Mason nel 1921 notò fenomeni tossici gravi innestando pezzi di fegato fresco nella cavità peritoneale dei cani. Lo stesso fu osservato da altri facendo il medesimo innesto nella pleura o nel sottocutaneo. Secondo Ellis e Dragstedt questi fenomeni erano dovuti a peritonite, perchè non si avevano con pezzi di fegato messi prima in autoclave e la peritonite era da infezione di b. Welchii.

Andrews e Hrdina (*Surgery, Gynecol. and obstetr.* gennaio 1931) studiarono questo argomento. Essi videro, confermando così gli esperimenti già citati, che la morte degli animali dopo l'innesto è rapidissima. Per questa rapidità essi dubitano che possa trattarsi di infezione (la morte sopravveniva da 12 a 18 ore dopo il trapianto). Dalle loro esperienze risulta che la morte si aveva indipendentemente dalla presenza o assenza del b. Welchii e che quindi era di natura tossica e non infettiva e che si ha anche trapiantando tessuto epatico sterile. La sostanza tossica è termostatile, solubile in acqua, precipitabile coll'alcool e col cloroformio, dà la reazione del biureto, è difficilmente dializzabile, quindi probabilmente appartiene al gruppo delle albumose.

R. LUSENA.

Le cause di morte nei diabetici.

D. e M. Lyon (*Lancet*, 9 ag. 1930) dallo studio di 150 casi di diabete, hanno trovato che il coma ha preceduto la morte in 59 casi ed è stato precipitato dalla sepsi da complicazioni addominali o da trattamento inadatto.

La morte senza coma è dovuta principalmente a lesioni cardiovascolari, a sepsi, a tubercolosi od a carcinomi, che non interessano necessariamente il pancreas.

Risulta, in complesso, che i casi di diabete possono essere raggruppati in due categorie, quelli del *tipo tossico*, che si osservano nei giovani e che hanno tendenza al coma e quelli del *tipo degenerativo* che è caratterizzato da un'età più avanzata, con arteriosclerosi e tendenza alla obesità.

La cura deve essere seguita rigorosamente in tutti gli individui sotto l'età media allo scopo di evitare il pericolo dell'acidosi. Tale pericolo è minore per i diabetici più anziani, ma in tal caso si dovrà fare soprattutto attenzione al sistema cardio-vascolare. *fil.*

Le emorragie e le trombosi delle asfissie acute.

Tutte le asfissie acute e, più generalmente, ogni agonia che si verifichi brutalmente provocano la formazione di trombosi e la produzione di emorragie, di cui alcune sono assimilabili alla porpora.

H. Desoille (*Paris médical*, 15 nov. 1930) ne isola addirittura una sindrome ed osserva che, anche quando si è potuto rianimare un asfittico, la prognosi rimane riservata per parecchi giorni, a causa della possibile comparsa di gangrena degli arti o di paralisi. Queste complicazioni tardive sono specialmente da temersi in un individuo già arteriosclerotico.

Dal punto di vista anatomo-patologico, è necessario guardarsi dal prendere tali lesioni secondarie per la causa determinante la morte.

Così pure, quando si studia sperimentalmente nell'animale, la fisio-patologia di un organo, è necessario non lasciarsi ingannare dalle lesioni agoniche, in occasione dell'osservazione anatomo-patologica e scegliere un metodo di morte adatto secondo l'organo studiato.

fil.

TERAPIA.

Lo stato saburrale e la sua cura.

Lo stato saburrale della lingua è un'osservazione corrente nelle malattie infettive, specialmente tifoide e polmonite. H. Godlewski (*Journ. méd. franç.*, sett. 1930) lo mette in rapporto con la disidratazione che si osserva nelle lunghe piressie e nelle infezioni che comportano una considerevole perdita di acqua.

Nella pratica corrente, però, lo stato saburrale si osserva quasi immediatamente in molte infezioni febbrili acute banali, come p. es., nelle infezioni rino-faringee stagionali, nelle convalescenze in cui la inappetenza è la regola.

In tutti questi casi l'idratazione dell'organismo fa scomparire rapidamente lo stato saburrale. Tale idratazione si può compiere bene mediante l'instillazione rettale col goccia a goccia zuccherato.

Facendo durare l'instillazione per 30-45 minuti e ripetendola 4-5 volte al giorno, si arriva ad introdurre litri 1-1 e 1/2 nelle 24 ore. In qualche caso, si potrà sostituire il goccia a goccia, con delle perette di acqua zuccherata, ripetute ogni ora.

La cura d'idratazione va prolungata, come lo dimostra il caso riportato dall'A., di un bambino affetto da angina erpetica, ipetermico, con lingua in stato notevolmente saburrale. Si pratica l'idratazione per via rettale; alla sera le condizioni sono migliori e compare la diuresi; malgrado la persistenza dei segni locali, la lingua è umida e pulita. Si continua l'idratazione per tutto il periodo febbrile, sospendendola al ritorno della temperatura normale. Dopo 48 ore, nuovo stato saburrale malgrado non vi fosse febbre e l'angina fosse guarita; con una nuova idratazione, esso scomparve, ma ricomparve poco dopo sospesa l'idratazione e così per quattro volte.

All'idratazione per via rettale, si aggiungeranno le cure per la bocca, con lavature all'acqua saponata e pulizia della lingua con un pezzetto di zucchero che è più gradito e meno traumatizzante che lo strumento messo in commercio a tale scopo. *fil.*

Il cloruro di calcio in patologia digestiva.

M. Faroy (*Progr. méd.* 30 ott. 1930) consiglia il cloruro di calcio nelle emorragie digestive e nelle gastrorragie, a dosi di 3 grammi al giorno. Lo si può prescrivere come segue: Cloruro di calcio g. 2-4; Gelatina grammi 2-5; Acqua g. 250. Per clistere, in soluzione al 3-4 %.

Manifesta è l'azione antidiarroica sia per bocca (4-8 g.) associato o non alla creta preparata, al bismuto, al tannino, sia per via endovenosa, specialmente nelle diarree dei tubercolotici (4 cmc. di una soluzione al 5 %).

Il cloruro di calcio è pure raccomandabile negli accidenti da siero (4-8 grammi per bocca), nell'orticaria, nella tetania. Nei tubercolosi con enteriti o coliti, è anche utile per la sua azione ricalcificante. *fil.*

Le iniezioni ipodermiche di pepsina nel trattamento dell'ulcera gastrica.

Loeper, Debray, Michaux e Sainton sin dal 1921 hanno proposto la somministrazione di pepsina per via sottocutanea nel trattamento dell'ulcera gastrica.

Gli AA. consigliano d'iniettare la pepsina in soluzione del 10 per 100 e alla dose di 1 cmc. Già dopo una prima serie di 15 iniezioni in venti individui affetti sicuramente da ulcera gastro-duodenale i risultati ottenuti sono veramente brillanti. In quasi la totalità dei casi dolori e vomito sarebbero cessati tra la quarta e la quinta iniezione e dopo la quindicesima — ultima della prima serie — nessun segno radiologico dell'ulcera sarebbe stato constatato.

Non occorre, durante la cura, sottopor e i p. a dieta speciale.

Per quanto il numero delle osservazioni sia abbastanza cospicuo — venti — è ad ogni modo da rilevare che i risultati vantati possono esser criticati, poichè l'assenza della nicchia in uno o più radiogrammi non indica la scomparsa di essa e così pure il miglioramento, che suole verificarsi nell'evoluzione di un'ulcera, non significa guarigione, specie se si tien conto che nei casi riferiti il trattamento è stato praticato solo da pochi mesi.

C. GIACOBBE.

La digiunostomia profilattica nelle operazioni gastriche.

Kirschner (*Arch. Klin. Chir.*, vol. 157, pag. 561, 1929) osserva che la maggior parte delle operazioni gastriche (resezioni) richiedono una limitazione dell'ingestione dei liquidi e solidi nei giorni precedenti l'intervento per la preparazione pre-operatoria del paziente, e una limitazione ancora più notevole nei giorni susseguenti, in relazione al pericolo dell'insufficienza della sutura, alla arteria gastrica e all'alterato meccanismo di evacuazione dello stomaco operato di recente.

Mentre è possibile provvedere quasi completamente al ricambio idrico con ipodermo-flebo- e rectoclisi, la somministrazione di sostanze nutrienti è quasi completamente sospesa, così che l'individuo deve provvedere con le proprie riserve alla produzione delle calorie necessarie.

Con la digiunostomia profilattica e con la nutrizione per via digiunale siamo in condizione di mantenere inalterato il ricambio dell'organismo, ottenendo così un aumento notevole delle forze di resistenza del malato. Ciò importa un miglioramento notevole della prognosi nelle operazioni sullo stomaco.

La digiunostomia viene eseguita alla fine dell'intervento. Con la tecnica di Witzel si introduce nel lume digiunale, a 50 cm. dall'ansa anastomizzata e in senso aborale, un catetere di 12 cm. La stomia viene fissata all'angolo inferiore della ferita laparotomica. In XII giornata, tolto il tubo, la fistola si chiude spontaneamente. P. VALDONI.

Il trattamento dell'aerofagia.

Molto giustamente Dobrovici (*L'aérophagie*, Doin, ed., Parigi 1930) sconsiglia l'uso dei così detti disinfettanti intestinali che, da Bouchard in poi, sono stati prescritti tanto largamente. Spesso il trattamento della dispepsia iniziale basta a guarire anche l'aerofagia.

Assai utile è la polvere seguente:

Caolino g. 80.
Sottonitrato di bismuto.
Magnesia calcinata ana g. 10.
Polv. di belladonna cg. 10.

S. Un cucchiaino 20 minuti prima dei pasti.

In caso di dolori, associarvi la codeina, alla stessa dose della belladonna.

Nell'accesso, l'acqua satura di cloroformio è il migliore rimedio; 1-2 cucchiai all'inizio della crisi.

Si ordinerà il regime latteo-vegetariano e si raccomanderà di usare poco pane.

Un mezzo semplice di dare sollievo a tali malati è quello di farli coricare sul dorso, dopo i pasti, e di far contrarre le pareti addominali, facendo arco del dorso; si producono delle eruttazioni ed il gonfiore cede.

I mezzi meccanici per impedire la deglutizione sono inutili ed anche dannosi perchè tendono a fissare l'attenzione del malato sul male di cui sono affetti.

Buona è invece l'idroterapia, specialmente se combinata con l'isolamento. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al prof. E. G. da C.:

Troverà le notizie che ricerca in:

P. FRANGENHEJM. *Ostitis deformans.* Paget ecc. Ergebnisse d. « Chirurgie v. Orthopaedie », vol. XIV, 1921, pag. 1-57.

A. BIANCHINI. *Relazione all'VIII Congr. It. di Radiologia.* Firenze, maggio 1928.

G. PETTA. *Le displasie ossee primitive.* Roma, 1930. Edit. L. Pozzi. L. 15.

P. VALDONI.

Al dott. G. G. da A., abbon. n. 1756:

Per quanto il processo purulento dell'orecchio medio sia guarito, l'ascoltazione prolungata e in ambiente chiuso di un altoparlante (specialmente se questo sia regolato al massimo) non si può considerare del tutto innocua per la funzionalità dell'apparato di trasmissione dei suoni.

Se poi già esistono paracusie, queste verosimilmente potranno aggravarsi.

M. SILVAGNI.

Al dott. A. Correale da Siderno Marina.

Si valga della recentissima *Terminologia medica* di L. FERRIO, Unione Tipografico-Editrice Torino, prezzo L. 60, che è un vero dizionario di medicina di rapida e facile consultazione.

fil.

VARIA.

Un grande tubercolotico: Napoleone.

Tutto ciò che si riferisce a sommi personaggi ha sempre destato in noi un interesse vivo, che si manifesta anche per questioni, che a prima vista potrebbero sembrare di secondaria importanza.

Su Napoleone molto si è scritto e si scrive tuttora e particolarmente sulla vita patologica di Napoleone, quella che per un medico ha forse l'interesse più grande. Il Soli (*La lotta contro la tubercolosi*, 1930, n. 8) riprende la questione, che era già stata magistralmente trattata dal De Paoli, della causa di morte di Napoleone. È noto come, basandosi sull'autopsia fatta e descritta dall'Antonmarchi, il medico còrso di Napoleone, storici e scienziati siano d'accordo che la causa di morte di Napoleone sia stato un cancro dello stomaco. Infatti in tale autopsia, oltre al reperto di lesioni fibrose antiche a carico della pleura sinistra e di tubercolosi cavernosa del lobo superiore sinistro con eruzione miliarica recente e caseosi delle ghiandole peribronchiali e mediastiniche, si trovò un'ulcera della regione pilorica con ingorgo delle ghiandole linfatiche viciniori e aderenze alla faccia inferiore del fegato. Nel suo ultimo lavoro il De Paoli ha voluto avanzare di questo reperto una spiegazione del tutto nuova che cioè si sia trattato, anzichè di un cancro, di una forma speciale di tbc. gastrica.

Una tale ipotesi è contrastata, secondo il Soli, da vari fattori clinici, rilevabili dalla descrizione fatta dai medici che erano intorno a Napoleone nel suo esilio di S. Elena e dai seguenti fattori anatomici, desumibili dalla autopsia di Antonmarchi, cioè l'assenza di lesioni tbc. dell'intestino, la mancata stenosi pilorica e la presenza nel peritoneo di noduli che non possono essere che metastasi neoplastiche.

Il Soli invece crede, e ad appoggio della sua tesi adduce una serie di fatti presi dalla vita di Napoleone confermati da una iconografia veramente impressionante, che l'Imperatore fu gravemente minacciato da un attacco di tbc. polmonare durante la campagna d'Italia 1796-1797.

Il riposo nella villa di Montebello, dopo la campagna d'Italia, e più ancora i diciotto mesi nel clima caldo ed asciutto dell'Egitto, permisero al processo di avviarsi chiaramente alla guarigione e questa si ebbe nei primi anni del Consolato e all'inizio dell'Impero. Solo negli ultimi anni, nel triste e pernicioso esilio di S. Elena, nello sfacelo della resistenza organica dell'imperatore, il male che non perdona si risvegliò completamente, per quanto mascherato dalla grave affezione cancerosa dello stomaco, che doveva di per sè sola trarlo alla tomba.

G. LA CAVA.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

S. SAITTA. *Il volo di colombi viaggiatori castrati.* — Tip. L. Nicolai, Firenze, 1930.

G. FALCONCINI e ARRIGONI. *La reazione di Vernes nella tubercolosi.* — Arti Grafiche, Pisa, 1930.

L. GRIVA. *La cura dietetica delle anemie col fegato.* — Tip. Minerva, Torino, 1930.

L. GRIVA. *L'epatoterapia nelle anemie.* — Tip. Ed. Minerva, Torino, 1930.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

PROBLEMI CULTURALI.

Gli zoofili contro le scienze sperimentali.

Parrà strano che in Italia, cioè nella culla della scienza sperimentale, si debba esser costretti, in pieno secolo XX, a reagire ancora contro fanatici o sentimentali che, col pretesto di moderare i presunti e immaginari orrori della vivisezione, tendono, fors'anche inconsapevolmente, a turbare ed intralciare i progressi della scienza.

Facendo credere un'altra cosa non vera, cioè che il Governo fascista incoraggi il loro isterismo e desideri disciplinare la così detta « vivisezione », gli zoofili sono riusciti, con la loro petulanza, a far varare nella Camera un disegno di legge che autorizzerebbe, nientemeno, l'ingerenza di incaricati delle varie Società protettrici degli animali, nell'attività dei laboratori scientifici universitari!

È facile capire a quali inconvenienti darebbe luogo una disposizione legislativa che conferisse a gente estranea, incompetente e probabilmente pervasa da morbosa zoofilia, l'autorità d'ingerirsi di quel che si fa nei gabinetti scientifici, i quali sono notoriamente affidati alla sorveglianza e alla responsabilità di studiosi di alto sapere e di riconosciuta probità personale.

Le Università del Regno si sono affrettate a levare la loro voce contro un'aberrazione la quale, sotto il manto di un astratto sentimento umano da tutti condiviso, è intuitivo che finirebbe, praticamente, col turbare la serena opera dei nostri laboratori scientifici, dando luogo ad inconvenienti e ad incidenti senza fine, con irreparabile danno del progresso scientifico nazionale.

Molti periodici italiani di cultura, a mezzo di *referenda* e con articoli dovuti ai nostri migliori scienziati, han protestato contro un disegno di legge che, anche pel suo significato morale, non fa onore al livello di cultura raggiunto dal nostro Paese, dando l'impressione che i laboratori scientifici italiani fossero diventati luoghi di crudeli torture e di bestiali sevizie contro gli animali!

Purtroppo le voci sensate non sono state udite.

Si è voluto, a tutti i costi, menare innanzi un disegno di legge che se non rimarrà, come succede così spesso, lettera morta, segnerà il principio di un penoso disagio o di una immeritata e deplorevole decadenza nell'attività scientifica — che non è molto alacre anche per difetto di mezzi materiali — dei nostri istituti universitari.

Anche la Facoltà Medica di Roma ha voluto associarsi al plebiscito di proteste che, da tutti gli Atenei del Regno, si sono levate per deprecare una infelice iniziativa, immeritamente e incomprensibilmente assurta all'onore di un disegno di legge d'iniziativa parlamentare!

Ecco l'ordine del giorno che, a voti unanimi, ha approvato la Facoltà Medica dell'Università di Roma, nella sua ultima adunanza del corrente mese:

La Facoltà Medica della R. Università di Roma ritiene che, allo stato attuale del grande e benefico sviluppo assunto, anche in Italia, dalle scienze sperimentali e in considerazione delle mirabili conquiste realizzate anche a pro della salute pubblica mercè l'opera altamente benemerita degli istituti sperimentali, non sia affatto sentito il bisogno di autorizzare inframmettenze di estranei nei laboratori universitari, la cui attività è notoriamente ispirata a criteri scientifici non disgiunti dalle necessarie considerazioni d'ordine morale; tuttavia, avendo presente lo stato di ormai avanzata elaborazione parlamentare di un disegno di legge tendente a disciplinare e controllare gli esperimenti sugli animali, che si compiono per necessità didattiche e pel progresso del sapere negli Istituti di insegnamento superiore, consente nella elevata e dotta relazione del sen. Marchiafava e fa voti perchè l'illustre collega faccia almeno accogliere e introdurre, nel detto disegno di legge, le lievi ma opportune aggiunte e modificazioni suggerite dalla Facoltà stessa.

* * *

Il disegno di legge per disciplinare gli esperimenti sugli animali a sangue caldo (mammiferi e uccelli), emendato dall'Ufficio Centrale del Senato anche in seguito ai voti espressi dalle varie Facoltà mediche del Regno, è stato oggetto al Senato di un'ampia discussione, di cui riportiamo un sunto.

L'on. PESTALOZZA s'intrattiene sulla necessità che ha la scienza medica di ricorrere di frequente agli esperimenti che formano oggetto del presente disegno di legge, per poter raggiungere risultati positivi e un sempre maggiore perfezionamento.

Fa alcune raccomandazioni sull'art. 5 a proposito della vigilanza degli Istituti e dei Laboratori ove si eseguono esperimenti sopra gli animali, per le eventuali trasgressioni alla legge, e si dichiara soddisfatto che il controllo sia affidato all'autorità dei medici provinciali. Riconosce opportuna l'estensione agli studenti di 4° anno di medicina della licenza per gli esperimenti; chiede però che sia concessa dopo il 1° biennio agli studenti di veterinaria e di scienze naturali, dacchè questi compiono un corso solo quadriennale.

L'on. MARAGLIANO rileva che le Facoltà mediche del Regno ebbero una penosa impressione da questa legge perchè videro in essa una limitazione a quella libertà nella concessione e nella esecuzione delle ricerche, che è gelosa prerogativa degli studiosi. Nella sua dotta ed abile relazione il sen. Marchiafava, pur facendo omaggio incondizionato alle esigenze della scienza, ha dato opera a dimostrare che, in sostanza, le disposizioni della legge non potranno impedire agli studiosi l'esecuzione di ogni qualsiasi ricerca sperimentale.

Esamina quindi i varii articoli e conviene col relatore on. Marchiafava che ogni disposizione coercitiva è temperata da attenuanti. Osserva però che le attenuanti implicano un giudizio sul concetto e sull'opera dello sperimentatore. Nota che una misura sola è ragionevole, quella di lasciare in faccia alla legge totalmente responsabili i capi degli Istituti, liberi di valersi dell'opera del personale addetto agli Istituti stessi. Il modulo per la relazione degli esperimenti, prescritto negli art. 4 e 5, è utile quando il controllo sia eseguito in modo serio, cioè da un vero tribunale scientifico; ma quando si stabilisce che per gli istituti e laboratori non dipendenti dalle Università il controllo deve essere esercitato dai prefetti e dalle società zoofile, una tal forma di vigilanza costituisce un'offesa ai direttori di laboratori, ai quali solo spetta di osservare la legge.

L'on. VERSARI propone e svolge un emendamento perchè alle società zoofile sia consentita la vigilanza sulla nutrizione degli animali per gli esperimenti e sui locali di custodia.

L'on. DURANTE fa presente al Governo la grande importanza che ha la così detta vivisezione degli animali per lo sviluppo e il progresso della scienza medica e ricorda una serie di esperimenti che egli potè compiere sul cervello dei cani e che ebbero applicazione nella chirurgia cerebrale.

Raccomanda di non confondere la pietà che tutti debbono avere per gli animali, con falsi sentimenti che potrebbero nuocere alla vita della scienza. E si augura che le sue raccomandazioni saranno accolte dal Governo e dal suo Capo che ha dato ripetute prove del suo vivo interessamento a tutte le manifestazioni scientifiche.

L'on. CASTELLANI definisce la vivisezione un male necessario, da cui deriva un gran bene; essa ha reso benefizi inestimabili: abolirla significherebbe un regresso.

Il relatore sen. MARCHIAFAVA risponde ai varii oratori ed esprime la certezza che il disegno di legge sarà approvato dal Senato.

I singoli articoli sono approvati con due emendamenti proposti dal sen. Pestalozza, mentre l'emendamento proposto dal sen. Versari non è accettato dal Capo del Governo e viene respinto dal Senato.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI.

Organizzazione e compiti delle Colonie estive.

Una circolare è stata diramata dal Segretario del Partito on. Giuriati ai segretari delle Federazioni provinciali fasciste; alle delegate provinciali dei Fasci femminili; ai presidenti dei Comitati provinciali dell'Opera Nazionale Balilla; delle Federazioni provinciali dell'Opera Nazionale Protezione Maternità e Infanzia; dei Consorzi provinciali antitubercolari; dei Comitati provinciali della Croce Rossa Italiana; delle Federazioni provinciali della Associazione Nazionale Combattenti; ai Medici provinciali; e infine, per visione, ai Prefetti del Regno.

Riportiamo della circolare le parti essenziali.

Allo scopo di disciplinare — dice l'on. Giuriati — con criteri organici e razionali l'organizzazione delle colonie estive, che dovranno assumere nell'anno IX maggiore importanza data la loro altissima finalità — il miglioramento fisico e morale delle giovani generazioni — e affinchè le cure impartite non siano guidate dall'empirismo, ma da precise norme che ne valorizzino il carattere profilattico e terapeutico, desidero mettere in rilievo l'importanza della elioterapia bene applicata ed enumerare anche i princìpi di massima che debbono essere adottati per l'istituzione, lo svolgimento e il funzionamento delle colonie estive.

Si commette un grave errore se si applica l'elioterapia empiricamente e senza il minimo concetto scientifico direttivo.

L'efficacia delle colonie temporanee, sia che esse sorgano al mare o in montagna, è tanto più notevole in quanto la elioterapia venga fatta con moderazione.

Spetta ai medici preposti alla direzione tecnica, responsabili quindi dell'attuazione degli scopi profilattici e terapeutici per i quali funzionano le colonie, di intrattenere i ragazzi con conversazioni all'aperto opportunamente organizzate sulle norme di igiene personale e generale: alla vita della colonia sarà quindi impresso carattere di vera scuola di igiene e di civiltà.

Pur attribuendo il massimo valore al concetto che l'azione curativa del sole è strettamente legata ai coefficienti climatici, da questi derivandone il maggiore o minor valore, pur ritenendo esatto che detti coefficienti climatici sono maggiormente efficaci in riva al mare o in alta montagna, non può escludersi il fatto che il sole eserciti — quando sia terapeuticamente dosato — benefica influenza dappertutto, in città, in giardini, in terrazze, purchè le varie località siano riparate dalla polvere e dal vento.

Si ritiene quindi opportuno che le colonie estive diurne sorgano in prossimità dei centri abitati; mentre questa disposizione consentirà ai ragazzi di rimanere accanto alle famiglie pur usufruendo della cura elioterapica sapientemente dosata nella colonia dove consumeranno i tre pasti giornalieri e dove verranno loro impartite sane norme di educazione fisica e morale (stabilite dall'Opera Nazionale Balilla), permetterà anche ai genitori di constatare diuturnamente le benefiche provvidenze e le cure attuate dal Regime per la salute fisica e morale delle nuove generazioni.

La circolare prosegue fissando le norme per la scelta tempestiva delle località e quindi tratta della selezione dei ragazzi.

Oggetto di particolare attenzione deve essere la selezione dei ragazzi da accogliere nelle colonie *per impedire che accanto a soggetti bisognosi di profilassi generale e di aereo-elioterapia vengano curati individui per i quali sarebbe necessario provvedere al ricovero ospedaliero*, e che da questa vicinanza si generi diffusione di malattie contagiose in atto e di malattie della pelle.

Poichè scopo delle colonie è la profilassi e l'educazione, in dette istituzioni dovranno essere inviati quei soggetti che pur essendo sani si presentano tuttavia deperiti, anemici, linfatici; saranno anche ospitati i convalescenti da malattie acute esaurienti in condizioni da essere sottoposti ad una cura di irrobustimento e tutti quelli, infine, per i quali è indicato un periodo di areo-elioterapia integrato da ginnastica medica.

Seguono le norme per le colonie elioterapiche

diurne che nella prossima stagione dovranno avere il massimo sviluppo.

È infine si prescrive l'istituzione — importantissima — di un *Ente Opere Assistenziali* presso ogni Federazione provinciale del Partito, ente del quale faranno parte: la delegata provinciale dei fasci femminili; il presidente del comitato provinciale dell'Opera Nazionale Balilla; quello della Federazione provinciale dell'Opera nazionale protezione maternità e infanzia; quello del Consorzio provinciale antitubercolare; quello del Comitato provinciale della Croce Rossa Italiana; il presidente della Federazione provinciale dell'Associazione Nazionale Combattenti; il medico provinciale.

Potranno far parte dell'E. O. A. in casi eccezionali, anche i presidenti di quelle istituzioni che si occupano di assistenza sanitaria e morale dell'infanzia.

L'E. O. A. dovrà essere presieduto dal Segretario federale e la sua gestione dovrà essere controllata da un collegio sindacale del quale faranno parte un ragioniere di prefettura ed altri due sindaci nominati dal Prefetto.

All'E. O. A. spetta il compito di provvedere all'attuazione delle norme impartite dalla Direzione generale di sanità del Ministero dell'Interno e dal partito per le colonie, alla raccolta dei fondi, all'impianto delle colonie, alla selezione dei bimbi e a tutto quanto altro si riferisce alla gestione e all'amministrazione di dette istituzioni.

Per la difesa dalla malaria nell'Agro Romano.

Il Governatore di Roma ha emesso un'ordinanza per la difesa dalla malaria. L'ordinanza « nell'intento di favorire sempre più e nel più breve tempo possibile la maggiore produttività dell'Agro Romano, secondo la ferma volontà del Capo del Governo, e rendere più agevole l'intensiva opera necessaria per la bonifica integrale nella terra, senza le insidie dell'infezione malarica », detta una serie di prescrizioni. Entro il 30 aprile tutti i proprietari e affittuari delle tenute a prato o a bosco o incolte del suburbio e dell'Agro, dovranno procedere alla graduale regolarizzazione per scolo, quando non si possa per colmatura, di tutti i ristagni di acque e sistemare le zone circostanti ai fontanili ed abbeveratoi, in modo che non si producano ristagni. L'ordinanza stabilisce poi le misure che devono essere adottate per proteggere la integrità delle conserve di acqua potabile (pozzi e cisterne) dalle invasioni di zanzare malarigene. Tratta quindi dei doveri dei proprietari delle case e dei ricoveri abitati, i quali dovranno provvedere ad una regolare e completa protezione meccanica delle porte e delle finestre dei rispettivi fabbricati a mezzo di reticelle a filo metallico e curare la massima pulizia dei locali. I proprietari ed affittuari dell'Agro dovranno mettere a disposizione del medico condotto, che deve averne la chiave, una stanza del casale principale della tenuta, per il ricovero dei malati, in casi di urgenza, e per il deposito dei medicinali.

In sede di bilancio.

Mentre il giornale va in macchina, si tiene al Senato la discussione sul bilancio dell'Interno. Ne daremo notizia prossimamente, per le parti che riguarda i servizi igienico-sanitari, di beneficenza e di assistenza pubblica.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Barbarano Vicentino (*Vicenza*). — Scad. 15 apr.; rivolgersi Segreteria.

Bergamo. *Amministrazione Provinciale.* — L'annunzio pubblicato nel N. 5 a direttore e coadiutore della Sez. med.-micrograf. del Laborat. Prov. d'Igiene e Profilassi deve considerarsi non avvenuto.

Brusnengo (*Vercelli*). — Scad. 10 apr.; L. 7010 e indenn. varie; età lim. 40 a.

Castelplanio (*Ancona*). — Scadenza 20 aprile. Condotta medico-chirurgica della frazione di Poggio San Marcello. Stipendio L. 7840 oltre alla indennità di cavalcatura di L. 2540 e il caro viveri. Documenti soliti. Tassa concorso L. 50. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale.

Ceresole d'Alba (*Cuneo*). — Scad. 6 apr.; rivolgersi Segreteria.

Cremona. *Amministraz. degli Ospedali Maggiore ed Ugolani Dati.* — Dirigente specialista del Comparto Oftalmico; titoli ed eventualm. esami; L. 7000 ridotte 12 %, c.-v. ai coniugati; 4 anni di aiuto o assistente in Clinica oculistica o grande Ospedale. Tre posti di medico aggiunto, per comparti di Medicina, Chirurgia, Maternità; titoli ed esami; L. 8000 ridotte 12 %; c.-v. ai coniugati; 3 anni in Clinica universitaria o grande Ospedale. Per tutti età lim. 42 a.; scad. 15 mag., ore 16. Tassa L. 50. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Consiglio Amministrativo.

Genova. *Spedali Civili.* — Il Commissario Straordinario comunica che, per ordine di S. E. il Prefetto ed in previsione della prescritta nuova sistemazione dell'Organico Sanitario Ospedaliero, sono prorogati, a tempo indeterminato, i concorsi indetti dall'Amministrazione e di cui abbiamo dato notizia nei fascicoli 5-6 e 9-10.

Genova-Voltri. *Opera Pia Ospedale S. Carlo.* — Chirurgo primario; proroga a tutto 31 mag.; età lim. 40 a.; doc. a 3 mesi dal 7 mar.; tassa L. 50,10; L. 6000 e 4 sessenni dec.; partecipaz. Chiedere annunzio.

Idria (*Gorizia*). — Scad. 31 mag.; consorzio; L. 9680 e 6 quadrienni dec., oltre L. 528 serv. att., c.-v., L. 2640 automob. o cavallo; per uff. san. L. 865; assegni già epurati del 12 %. Età lim. 35 a. Tassa L. 50,10.

Lecce. *Ospedale Civile.* — Scad. 9 apr.; lire 24.000 e 2 quadrienni dec.; età lim. 50 a.; docenza in patologia o clin. med.; tassa L. 50,10.

Lisso (*Rodi*). — Medico comunale; scad. 25 maggio. Trattative dirette col Municipio.

Luserna (*Trento*). — Scad. 15 apr.; con Lavarone; L. 9500, altre indennità L. 2375, c.-v.; tassa L. 50. Rivolgersi Presidenza del Consorzio.

Milazzo (*Messina*). — Scad. 20 apr.; uff. san.; L. 6500 e compensi prestazioni; età lim. 45 a. Titoli ed esami. Rivolgersi R. Prefettura di Messina.

Monsummano (*Pistoia*). — Scad. 3 mesi dal 15 mar.; per Montevettolini; L. 7040 e 5 quinquenni dec., oltre L. 1700 trasp., già ridotte; c.-v.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

MUGGIO (*Milano*). — Scad. 30 apr.; L. 9000 oltre L. 850 se uff. san., da ridurre; 5 quadrienni dec.; tassa L. 50,15; età lim. 35 a.

NOCERA UMBRA (*Perugia*). — Scad. 15 apr.; due condotte; L. 7040 e L. 7020, oltre L. 528 serv. att., quinquenni, c.-v.; trasp.; tassa L. 50.

NUMIS (*Udine*). — Scad. 30 apr.; L. 10.000 oltre L. 600 serv. att., L. 3000 trasp., L. 1000 se uff. san., c.-v.; tassa L. 50,10.

PONTE DELL'OLIO (*Piacenza*). — Per titoli. Stipendio annuo lordo L. 11.000. Indennità integrazione L. 1740. Indenn. di cavalcatura L. 3840. Ambulatorio L. 400. Aumento del decimo ogni quattro anni e per cinque volte. Età massima anni 35, salvo eccezioni di legge. Documenti di rito. Per ricevere il bando di concorso rivolgersi alla Segreteria Comunale. Scadenza 10 aprile.

PRASOMASO (*Sondrio*). — Per titoli; 1° assistente nel Sanatorio « Umberto I ». Età non superiore ai 35 anni; documenti di rito. Stipendio L. 7200, con cinque aumenti di annue L. 2000, l'uno e l'altro ridotti del 12 % per effetto R. D. L. 20 nov. 1930, N. 1491. Vitto ed alloggio « ad personam ». Scadenza 8 aprile. Domande all'Amministrazione, via De Amicis 45-A, Milano.

ROCCADICAMBIO (*Aquila*). — Scad. 8 apr.; L. 9240, oltre L. 440 uff. san.; popolaz. tutta agglomerata. Tassa L. 50,10.

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni* (*Ferrovie dello Stato*). — Medico di riparto per: Scanzano, Belfiore, Sassoferrato (Ancona), Fasano, Ostuni, Squinzano (Bari), Poggio Rusco, Savignano di Romagna (Bologna), Bagno a Ripoli (Firenze), Soresina (Milano), Sarno, Campobasso II, Gaeta-Elena (Napoli), Tivoli II, Frascati (Roma), Belvedere, S. Fili, Cetraro (Salerno), Calciano (Taranto), Nizza, Monferrato II, Savigliano (Torino), Brunico (Trento), Cormons (Trieste), Pojana di Granfion, Feltre (Venezia). Titoli. Inviare domanda e richiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati fra parentesi). Scadenza ore 17 del 20 aprile.

S. VALENTINO TORIO (*Salerno*). — Scad. 20 apr.; L. 6500 e 4 quadrienni dec.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15.

SIMANIS (*Cagliari*). — Scad. 15 apr.; L. 9000 e 4 quinquenni dec., oltre L. 1500 cav., L. 500 uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.

UDINE. *Amministrazione Provinciale*. — Per titoli ed esami. Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. Direttore della Sezione Chimica. Stipendio L. 15.000. Indennità di serv. attivo L. 4000, più il 25 % sui proventi di Laboratorio. Coadiutore della Sezione Chimica. Stipendio L. 12.500; indennità serv. attivo L. 3000, più il 15 % sui proventi di Laboratorio. Coadiutore della Sezione Medico-Micrografica. Stipendio L. 12.500; indennità di serv. attivo L. 3000, più il 15 % sui proventi di Laboratorio. Per tutti sei aumenti periodici del decimo dello stipendio, di cui i primi quattro quadriennali e i due ultimi quinquennali. Riduzione del 12 % Divieto di libero esercizio professionale. Tassa L. 50,10. Scadenza ore 18 del 30 aprile.

VERCELLI. *Amministrazione Provinciale*. — Per titoli ed esami. Coadiutore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e Profilassi. Stipendio annuo iniziale lordo lire 17.000, oltre a L. 2000 di indennità, il tutto ridotto del 12 %. Sei aumenti quadrienn. del decimo sullo stipendio. Documenti prescritti dall'articolo 8 del R. D. 16 gennaio 1927, N. 155, oltre a copia dello stato di servizio militare per chi lo abbia prestato. Scadenza 5 maggio. Per chiarimenti e per ottenere l'avviso di concorso rivolgersi alla Segreteria Provinciale.

VERONA. *Municipio*. — Medico scolastico; a tutto 30 apr.; L. 14.850 e quadrienni, oltre L. 3500 serv. att., c.-v.; età lim. 35 a. Chiedere annunzio.

VERRES (*Aosta*). — Scad. 20 mag.; consorzio. Rivolgersi Segreteria.

VIGOLO (*Bergamo*). — A tutto 10 giu.; con Parzanica; L. 10.000, oltre addizionali di L. 2 e di L. 5 per tutti gli inscritti, L. 1500 trasp., L. 500 uff. san., L. 300 ambulat., c.-v., quinquenni dec.; età lim. 40 a.; doc. a 3 mesi dal 10 mar.

VIPACCO (*Gorizia*). — Scad. 1° mag.; consorzio; L. 7920 oltre L. 440 serv. att., L. 2640 automob.; 6 quadrienni dec.

CONCORSI A PREMI.

Concorso internazionale sul tracoma.

Il Ministro ungherese della Previdenza sociale ha istituito un premio di 2000 franchi svizzeri, per compensare un lavoro originale sull'eziologia del tracoma. I lavori destinati al concorso dovranno pervenire alla 1ª Clinica oftalmologica dell'Università Pazmany (Mauriatca 39, Budapest VIII), non oltre il 30 giugno. La Commissione aggiudicatrice comprende i proff. A. F. MacCallan (Londra), V. Morax (Parigi), L. Maggiore (Bari), C. Prausnitz (Breslavia) e renderà noto il verdetto non oltre il 31 dicembre. I lavori potranno essere redatti in francese, italiano, tedesco o ungherese; sono ammessi anche lavori pubblicati. La Commissione potrà prendere in considerazione anche lavori pubblicati non presentati al concorso.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

L'Azienda delle RR. Terme di Salsomaggiore ha nominato il prof. Luigi Zoia, clinico medico della R. Università di Milano, a succedere al compianto prof. Cattaneo nella direzione generale medica.

Rallegramenti vivissimi all'illustre clinico.

Il prof. Andrea Bertocchi, dell'Ospedale S. Giovanni di Torino, ha vinto il premio Guido Lerda di L. 3000, il quale viene assegnato ogni anno per votazione segreta dai laureati in medicina dell'Università di Torino al professore che ognuno di essi stima più degno, tra tutti gl'insegnanti di chirurgia, sia ordinari che liberi docenti. Nelle due Sezioni, estiva ed autunnale, dell'anno scorso i laureati votanti furono 52, dei quali 30 diedero il voto al prof. Bertocchi.

Sono nominati, in seguito a concorso, professori non stabili: Alajmo Biagio, di Clinica oculistica, a Catania; Aresu Mario, di Patologia speciale medica, a Cagliari; Artom Camillo, di Fisiologia, a Cagliari; Bastai Pio, di Patologia speciale medica, a Modena; Bertaccini Giuseppe, di Clinica dermosifilopatica, a Siena; Bruni Angelo, di Anatomia umana normale e Istologia, a Parma; Crosti Ago-

stino, di Clinica dermosifilopatica, a Perugia; Di Macco Gennaro, di Patologia generale, a Cagliari; Falchi Giorgio, di Clinica dermosifilopatica, a Sassari; Nicolato Angelo, di Clinica oculistica, a Pavia; Roncato Achille, di Fisiologia, a Ferrara; Tullio Pietro, di Fisiologia, a Messina; Veratti Emilio, di Patologia generale, a Pavia.

Sono abilitati alla libera docenza in Anatomia e Istologia patologica: Cirio Luciano, Costa Antonio; Batteriologia e Immunologia: Rovida Giulio; Clinica delle Malattie delle vie urinarie: Pisani Luigi; Clinica oculistica: Berger Fortunato, Panico Emanuele, Tessier Giorgio; Fisiologia sperimentale: Bucciardi Giulio, Cantoni Oscar, Zagami Vittorio, Maestrini Dario; Igiene: Parrino Giorgio; Medicina legale: Sebastianini-Jannoni Giorgio; Medicina del Lavoro: Nebuloni Antonio; Medicina sociale: Midulla Carmelo; Odontoiatria e Protesi dentaria: Mori Roberto; Patologia coloniale: Giordano Mario; Patologia speciale chirurgica: Badile Lorenzo Paolo, Petta Giorgio; Tisiologia: Capuani Gianfrancesco.

Il prof. Marco Levi Bianchini è nominato, in seguito a concorso, direttore del Manicomio Provinciale di Nocera Inferiore.

La Facoltà medica di Strasburgo ha designato, per la cattedra di clinica medica, al primo posto Ambard, al secondo Hanns.

La Facoltà Medica di Bruxelles ha designato il prof. Jean Demova alla direzione dell'Istituto Solvay di fisiologia.

La Facoltà medica di Angers ha chiamato alla cattedra di patologia chirurgica il dott. Thouvenin, che aveva già la carica di aiuto.

Il dott. Willard Cole Rappleye è nominato decano del Collegio dei medici chirurgi della « Columbia University » di New York, in sostituzione del dott. William Darrach, il quale ha rassegnato le dimissioni, dopo aver tenuto la carica per 12 anni ed ora è stato nominato decano emerito della Facoltà.

Il dott. Cole è direttore della Commissione per l'insegnamento medico.

Per l'istituzione di un premio annuo presso la R. Università di Roma, da intitolarsi: "Fondazione Vittorio Ascoli,,

Comitato d'onore: Ing. Gr. Uff. A. Ambron, Presidente Consorzio Italiano Vita Rischi Tarati; Prof. S. Baglioni, Vice Presidente dell'Accademia Medica di Roma; Gr. Uff. G. Basile, Direttore Generale della Sanità Pubblica; Sen. Gr. Uff. G. Bevione, Presid. dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni; Ing. Comm. L. Bonamico, Vice Direttore della Scuola Superiore di Malariologia; Prof. A. Busi, Preside della Facoltà di Medicina; Prof. A. Carducci, Presid. della Scuola Medica Ospedaliera; Sen. Cav. di Gr. Cr. F. Cremonesi, Presid. della C. R. I.; Principe Piero Colonna, Presid. del Consorzio Provinciale antitubercolare di Roma; Gr. Uff. A. Cotta, Presid. degli Ospedali Riuniti di Roma; S. E. il Prof. De Blasi, Presid. del Comitato Medico del Consiglio Nazionale delle Ricerche; On. Prof. P. De Francisci, Rettore della R. Università di Roma; Gr. Uff. Prof. A. Di Nola, Capo del Servizio Sanitario del Ministero dell'Areonautica; On. Prof. E. Fioretti, Presid. della Accademia Lancisiana; S. Gatto, Fiduciario del G. U. F.; Gr. Uff. I. Giordani, Direttore Generale dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni; Sen. Gr. Cr. E. Marchiafava, Presid. del Consiglio Superiore di Sanità; Sen. Prof. E. Maragliano, Presid. della Società di Medicina Interna; Comm. Dott. F. Martirano, Capo del Servizio Sanitario delle FF. SS.; On. Prof. E. Morelli, Presidente del Sindacato Medico Fascista; Comm. Prof. G. Pecori, Direttore dell'Ufficio d'Igiene del Governatorato di Roma; Sen. Ing. N. Prampolini, Presidente Consorzi Bonifica dell'Agro Pontino; Conte Dott. G. Quirico, Medico Real Casa; Ten. Gen. Dott. U. Riva, Direttore Generale del Servizio Sanitario del Ministero della Guerra; Gr. Uff. Dott. G. Saccone, Ispettore Generale Servizio Sanitario del Ministero della Marina; Prof. S. Silvestri, Direttore incaricato della R. Clinica Medica di Roma; Comm. Dott. L. Sirleo, medico Provinciale.

Comitato esecutivo: On. Prof. P. De Francisci; Prof. A. Busi; Prof. S. Silvestri; Comm. L. Pozzi.

Segretario-Economo: Prof. D. Maselli.

Primo elenco di oblazioni:

Aiuti e assistenti della R. Clinica Medica di Roma (1° versamento)	L.	3.000 —
Comm. Luigi Pozzi, editore del « Policlinico »	»	5.000 —
Prof. R. Alessandri (Roma) . .	»	500 —
Prof. R. Dalla Vedova (Roma) . .	»	500 —
Prof. P. Piccinini (Milano) . .	»	100 —
Somma, come dal precedente N. 12	L.	9.100 —

Altre oblazioni pervenute:

Direzione Generale di Sanità Militare (Roma)	»	500 —
Prof. A. Zeri (Roma)	»	100 —
Prof. G. Ovio (Roma)	»	100 —
Prof. A. Bonanni (Roma)	»	100 —
Prof. G. Alessandrini (Roma) . . .	»	100 —
Prof. L. Spolverini (Roma)	»	100 —
Prof. G. Bilancioni (Roma)	»	100 —
Aiuti e assistenti della R. Clinica Medica di Roma (2° versamento)	»	525 —
Prof. Gastone Meldolesi (Roma) . .	»	50 —
Dott. L. Maganzini (Roma)	»	50 —
Sig.ra Gina Bacchiati Fadda (Roma)	»	50 —
Dott. L. Verney (Roma)	»	100 —
Rivista di Malariologia	»	100 —
Prof. Carlo Basile (Roma)	»	300 —
Prof. M. Carruccio (Roma)	»	100 —
	L.	11.475 —

Le sottoscrizioni si ricevono presso la Clinica Medica al Policlinico Umberto I, Roma; ovvero presso il nostro periodico, via Sistina 14, Roma.

NOTIZIE DIVERSE.

Le Delegazioni ufficiali italiane ai Congressi scientifici internazionali.

Dalla relazione annuale del Consiglio Nazionale delle Ricerche risulta che durante lo scorso anno il Consiglio ha predisposto, comprendendovi anche i propri delegati e con l'approvazione del Ministero degli Esteri, la costituzione delle Delegazioni ufficiali italiane per la partecipazione ai seguenti Congressi internazionali:

Congresso internazionale della Malaria (Algeri, maggio 1930).

Congresso (1°) internazionale di igiene mentale (Washington, maggio 1930).

Journées Médicales de Bruxelles (giugno-luglio 1930).

Sessione (9ª) dell'Associazione Internazionale per la protezione dell'infanzia (Liegi, luglio-agosto 1930).

Conferenza (7ª) dell'Unione Internazionale contro la tubercolosi (Oslo, agosto 1930).

Congresso (2°) internaz. di Pediatria (Stoccolma, agosto 1930).

Congresso (15°) internazionale di Antropologia e di Archeologia preistorica e 4ª Seduta dell'Istituto internazionale di Antropologia (Coimbra, settembre 1930).

Congresso di Idrologia, Climatologia e Geologia medica (Lisbona, ottobre 1930).

Congresso internaz. di Biologia (Montevideo, ottobre 1930).

1° Congresso stomatologico internazionale.

L'« Association Stomatologique Internationale », terrà il suo primo Congresso a Budapest dal 2 al 7 settembre.

Va ricordato che il Congresso adunatosi a Venezia era nazionale; ma assunse carattere internazionale, poichè v'intervennero i rappresentanti di 13 Nazioni.

Il Congresso di Budapest è posto sotto il patronato del Governo ungherese e della Città. Vi saranno fatte numerose relazioni. Vi sarà annessa una mostra.

Segretario capo ne è il dott. Morelli, dell'Università di Budapest. Gli uffici hanno sede in Városházucca 14, Budapest IV, Ungheria.

2° Congresso internazionale delle scuole all'aperto e dei preventori scolastici.

È indetto a Bruxelles dal 7 all'11 aprile, sotto l'alto patronato di S. M. la Regina Elisabetta e sotto la presidenza onoraria dell'on. Jaspar, presidente del Consiglio dei Ministri. La seduta inaugurale si terrà al « Palais des Académies ». Dopo una visita agli stabilimenti marittimi, la seduta di chiusura avrà luogo al Kursaal di Ostenda. Un'Esposizione internazionale delle scuole all'aperto sarà organizzata nel « Palais du Cinquantenaire » dal 7 aprile al 30 maggio. Per le adesioni rivolgersi alla segreteria, rue Marie-Christine 83, Bruxelles, Belgio.

3° Congresso italiano di anatomia.

La Società Italiana di Anatomia ha indetto il suo 3° Convegno in Palermo, nei giorni 12-15 ottobre. Saranno relatori i proff.: C. Ciaccio (Messina) e A. C. Bruni (Parma).

Rivolgersi al prof. G. Luna, direttore dell'Istituto anatomico della R. Università di Palermo.

44° Congresso francese d'oftalmologia.

La Società francese d'oftalmologia terrà il suo prossimo Congresso a Parigi, nei locali della Facoltà di medicina, il 4 maggio e seguenti. La relazione d'uso verrà presentata dal prof. van Duyse di Gand sul tema « L'eredità nelle affezioni oculari ».

Sono in programma una visita all'Esposizione coloniale, il 5 maggio, e visite ad ospedali e laboratori. Al Congresso sarà unita una mostra di strumenti ottici, di chirurgia oculare e di prodotti terapeutici.

Per informazioni rivolgersi al segretario generale, Dr. René Onfray, avenue de la Motte-Picquet 6, Paris (VIIe), Francia.

Congresso medico romeno.

L'Associazione generale dei medici della Romania terrà il prossimo Congresso annuo a Costanza sul Mar Nero, dal 13 al 15 giugno. Relatori saranno i proff. J. Cantacuzène, Zotta e J. Balacesco. Sarà organizzata un'escursione sul mare fino alla Costa d'Argento. Al Congresso sarà unita una mostra di medicinali e strumenti. Le ferrovie romene concederanno importanti riduzioni ferroviarie.

1° Congresso medico boliviano.

Il segretario generale della Commissione organizzatrice del 1° Congresso nazionale di medicina della Bolivia comunica che questo si adunerà a Sucre, capitale della repubblica di Bolivia, il 25 maggio, sotto gli auspicî del Governo, nei locali dello « Instituto Medico ».

Adunata di medici omiopatici italiani.

Ha avuto luogo in Roma, per iniziativa dell'Associazione Omiopatica Italiana, una adunata di medici omiopatici.

L'attività dei convenuti si è svolta intorno al tema « Contingenze difficili nell'esercizio clinico omiopatico ». Il dott. Gagliardi, segretario dell'Associazione, ha presentato una relazione sull'argomento e la discussione si è svolta con riferimento di casi clinici esposti dal dott. Tosi presidente dell'Associazione stessa, dal dott. Liberali di Roma, dai dottori Pomelio Chinaglia di Bologna, Pace di Genova, Cigliano di Napoli e Bertelli di Perugia. Furono fatte considerazioni riguardanti la cura della difterite, della tubercolosi e della sifilide e circa le interferenze delle applicazioni radiologiche sull'azione di farmaci dinamizzati. Sono state gettate le basi di un Ambulatorio Omiopatico gratuito in Roma.

Esposizione ospedaliera internazionale di Vienna.

Ricordiamo che dall'8 al 14 giugno, durante il 2° Congresso Ospedaliero Internazionale di Vienna, avrà luogo un'Esposizione Internazionale Ospedaliera, con una Sezione Scientifica ed una Commerciale.

Nella Sezione Scientifica saranno esposti solamente gli oggetti che riguardano ubicazione, costruzione e restauri degli istituti di cura, nonchè la parte amministrativa ed economica dell'Ospedale.

Lo spazio necessario per l'Esposizione verrà concesso gratuitamente; però il trasporto e l'assicurazione restano a carico dell'espositore.

Per ragioni di organizzazione non sarà possibile di accettare prenotazioni dopo il 15 aprile.

Rivolgersi al Comitato dell'esposizione, Direktion des Krankenhaüses der Stadt Wien, Wien XIII.

Mostra antitubercolare ed antimalarica alla Fiera di Verona.

Il sen. Luigi Messedaglia, preside della provincia di Verona e presidente del Consorzio provinciale antitubercolare, è venuto nella determinazione di partecipare quest'anno alla Fiera di Verona con due mostre: una antitubercolare e l'altra antimalarica, prime del genere in Italia.

Nella mostra antitubercolare verrà esposto, con fotografie, grafici, pubblicazioni ed altro materiale, tutto il lavoro eseguito in questi due ultimi anni, nella provincia di Verona. Verrà illustrato il metodo italiano, come pure verranno illustrati i vari tipi di Dispensari voluti dal Governo Nazionale, di cui già otto ne esistono nella provincia di Verona.

In quella antimalarica, invece, verranno esposti vari grafici sul lavoro compiuto in un decennio e tutte le specialità adoperate in questi ultimi anni per combattere la malaria. Verranno illustrate le norme per la campagna invernale ed estiva con i vari metodi atti alla distruzione delle larve. Figureranno pure nella mostra alcune vasche contenenti i pesci larvifagi, grandi ausiliari nella lotta antimalarica.

Alla presidenza dell'Associazione di Idroclimatologia.

Con una nobilissima lettera diretta ai componenti del Consiglio Direttivo Generale dell'Associazione, l'illustre prof. Luigi Devoto ha annunziato la sua ferma decisione di abbandonare la presidenza dell'Associazione Italiana di Idrologia, Climatologia, Terapia fisica e Dietetica, per consacrare le sue attività precipuamente alla Stazione di cura idroclimatica « Carta del Lavoro » in Salice, dipendenza di imminente inaugurazione della Clinica del Lavoro di Milano da lui fondata, diretta e portata a sì alto splendore, nonchè alla Fondazione Italiana « Antonio Devoto », affidata alla sua illuminata presidenza, testè istituita a beneficio della nativa sua terra di Liguria, la quale farà sorgere un collegio climatico a 1200 m., tra i faggi del monte Zatta, sopra Chiavari.

Il Consiglio Direttivo Generale dell'Associazione, riunitosi in Roma, nella sede del Sindacato Nazionale Fascista dei Medici, sotto la presidenza del prof. Adriano Valenti ed alla presenza del Commissario del Sindacato on. prof. Eugenio Morelli, ha ripetuto per bocca di parecchi tra gli intervenuti e per consenso di tutti un voto di sentita riconoscenza all'illustre presidente prof. Devoto che sì alte benemerenze ha guadagnato nei riguardi dell'Associazione.

Dono munifico alla Clinica delle malattie professionali di Milano.

Il presidente del Consiglio d'amministrazione degli Istituti Clinici di perfezionamento ha accettato a favore della annessa Clinica delle Malattie professionali la munifica donazione di 11.000 mq. circa di terreno offerta dal dott. Eugenio Diviani in comune di Godiasco, frazione Salice Terme, nonchè la munifica donazione di grandiosa costruzione eretta sul detto terreno dal prof. Luigi Devoto — direttore benemerito della Clinica beneficata — con fondi raccolti tra amici ed estimatori della Clinica, per la creazione di una Stazione idroclimatologica denominata, con il consenso di S. E. il Capo del Governo, « Carta del Lavoro » e che costituirà una filiale in Salice della Clinica delle malattie professionali. La stazione idroclimatologica inizierà quanto prima il suo regolare funzionamento per assistenza e cura di operai già ricoverati nella Clinica malattie professionali.

All'Istituto "Benito Mussolini",.

Il Capo del Governo, accompagnato dal sottosegretario agli Interni on. Arpinati, si è recato a compiere una visita all'Istituto « Benito Mussolini » per lo studio e la clinica delle malattie tubercolari, creato, per opera della Cassa Nazionale delle Assicurazioni Sociali e della Confederazione dell'industria, nella zona di Porta Furba ove, durante la guerra, sorse il Sanatorio militare.

L'Istituto, che deve considerarsi un modello in fatto di clinica tisiologica e che tra giorni giungerà ad ospitare oltre 500 malati, rappresenta anche un fecondo centro di studi per i medici che vogliono specializzarsi in clinica delle malattie polmonari e che qui trovano l'ambiente più adatto alla loro attività.

Il prof. Morelli ha rivolto brevi parole di saluto al Capo del Governo, che ha risposto ringraziando e mettendo in evidenza l'alta funzione umanitaria e sociale del medico tisiologo. La visita ai reparti è stata lunga e minuziosa. Al Duce venne fatta una imponente dimostrazione.

Corso di storia della medicina a Bologna.

Per il corrente anno accademico la Facoltà di medicina e chirurgia di Bologna ha istituito un corso di storia della medicina affidato a valenti e riconosciuti cultori della disciplina. Sono stati designati ed invitati i proff. sen. Davide Giordano, Arturo Castiglione, Pietro Capparoni, Massimiliano Cardini, Andrea Corsini.

Istituto di studi scientifico-pratici sulla tubercolosi in Genova.

Come è stato annunciato, dal 14 aprile al 16 maggio si terrà il Corso celere di perfezionamento nella patologia, clinica e profilassi delle malattie tubercolari, sotto la direzione dell'on. prof. E. Maragliano.

Alla fine del Corso avranno luogo gli esami per coloro che ne faranno domanda. Ai signori medici che li avranno superati sarà rilasciato apposito diploma. L'assistenza regolare alle lezioni e alle esercitazioni è condizione indispensabile per l'ammissione agli esami e per il rilascio del certificato di profitto. Qualora il numero delle do-

mande d'iscrizione risultasse superiore ai mezzi di cui l'Istituto dispone per dare un insegnamento efficace, dopo il primo potrà essere fatto un altro corso mensile. Indirizzare richiesta all'Istituto, in via Balilla 1, Genova.

Per il nuovo Ospedale di Milano.

In seguito alla mancata approvazione del progetto sottoposto all'esame del Consiglio Superiore di Sanità, il Consiglio ospedaliero di Milano, adunatosi sotto la presidenza dell'avv. Della Porta, ha deliberato di affidare l'incarico di presentare un progetto definitivo ad una Commissione, composta dall'ing. Marcovigi, dall'arch. Arata e dal prof. Ronzani, direttore degli Istituti ospedalieri. Per la presentazione del progetto è stabilito il termine massimo di sei mesi. Il costo complessivo delle opere non dovrà superare la somma di 50 milioni di lire.

Padiglione per orfani di guerra epilettici in Roma.

All'Istituto per orfani di guerra anormali psichici in Roma, intitolato al nome del Maresciallo Gaetano Giardino, ha avuto luogo l'inaugurazione di un padiglione per orfani di guerra affetti da epilessia.

L'iniziativa di detto padiglione è dovuta all'Opera Nazionale degli Orfani di guerra, presieduta dal senatore marchese Nunziante di S. Ferdinando, che in occasione delle fauste nozze di S. A. R. il Principe Ereditario, elargì una cospicua somma per la fondazione del padiglione, che s'intitola alle LL. AA. RR. i Principi di Piemonte.

È la prima istituzione del genere che sorge in Europa.

Alla cerimonia inaugurale intervenne S. M. la Regina. Il Cardinale Basilio Pompilj, vicario generale di Roma, benedisse i nuovi locali. Seguirono brevi discorsi e la visita del padiglione, il quale sorge nell'antico Forte Ostiense; accoglie cinquanta fanciulli epilettici educabili.

Per la costruzione di un sanatorio a Forlì.

Il Municipio di Forlì ha stabilito di cedere gratuitamente alla Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali l'area necessaria alla costruzione di un sanatorio per tubercolotici. In compenso, la Cassa si è impegnata a costruire un fabbricato di quindici alloggi popolari, da tre vani ciascuno: esso verrà passato in proprietà del Comune.

Per un villaggio-sanatorio in Spagna.

Il Consiglio amministrativo della Cassa provinciale di risparmio di S. Sebastiano ha deliberato la costruzione di un villaggio-sanatorio, che sorgerà a 25 Km. da San Sebastiano, a 1000 m. d'altitudine, su di un terreno acquistato di proposito, il quale misura 29 Kmq. e comprende l'intero comune di Ribadeliosa. L'orientamento e le condizioni ambientali rispondono appieno per il soggiorno dei tubercolotici, ai quali il costruendo villaggio sarà destinato. Si inizieranno immediatamente la costruzione di una strada e l'erezione degli edifizi.

Istituto oto-rino-laringologico ed oftalmologico a St. Louis.

È stato eretto con fondi lasciati dalla signora W. McMillan e con fondi offerti dalla signora O. Johnson e da familiari ed amici, per l'importo complessivo di 2.200.000 dollari, ossia 40 milioni di lire it.

L'edifizio è a 14 piani; il pianterreno ed il primo piano sono destinati ad ambulatori; il secondo piano comprende un auditorium, sale d'operazione, sale di visita medica, ecc.; seguono cinque piani per i malati, e di essi uno è riservato ai negri; i piani superiori sono tutti destinati alle ricerche scientifiche. Al funzionamento concorre la Fondazione Rockefeller. L'Istituto è annesso all'Università Washington. Vi sono addetti 13 professori tra cui uno di fisica, uno di chimica, uno di batteriologia e immunologia, ecc., con obbligo di non prestare servizio altrove.

Per la festa del fiore e della doppia Croce.

Il 19 corr., al Teatro Quirino di Roma, presente la Regina Elena, fu solennemente inaugurata la campagna per la Festa del Fiore e della doppia Croce. V'intervennero i 92 conferenzieri designati per le singole provincie, quali fiduciari, dalla Federazione nazionale fascista per la lotta contro la tubercolosi. L'on. Paolucci e l'on. Morelli esposero lo sviluppo della lotta antitubercolare e le finalità e i mezzi della campagna.

Al Palazzo della Provincia di Roma, per invito del Presidente del Rettorato, Principe Pietro Colonna, il 18 corr. si riunì un Comitato di signore, cittadini ed autorità, per organizzare la Festa del Fiore e della doppia Croce. Il Presidente ricordò due benemeriti, V. Ascoli e U. Mariotti, ed illustrò l'opera dei Consorzi, cui è devoluta la lotta.

Riunioni analoghe si sono tenute nelle altre Province.

Per l'acquisto di radium in Spagna.

La Giunta amministrativa di due Ospedali di Barcellona (Clinico e della Santa Croce) si è rivolta alla Lega catalana per la lotta contro il cancro, onde lanciasse un appello per la raccolta di fondi destinati all'acquisto di radium. La Lega ha aderito; l'appello è stato accolto dal sig. José Compte y Viladomat, il quale ha fatto una donazione di 500.000 pesetas, pari ad oltre un milione di lire it.

In merito al B. C G.

L'Accademia di Medicina di Parigi, in seguito ad una discussione vertente sul vaccino Calmette-Guérin, sollevata da Vaquez, ha nominato, su proposta di Calmette, una commissione d'indagini composta di: Bar, Barrier, Léon Bernard, Chauffard, Couvelaire, Lesage, Lesné, Marfan, Nobécourt, J. Renault e Vallée.

Nella stampa medica.

Ha iniziato le pubblicazioni il periodico « Nutrition », destinato alla biologia, clinica e terapia del ricambio. Se ne pubblicheranno sei fascicoli l'anno. La direzione scientifica ne è affidata ai proff. P. Carnot, M. Loeper e M. Villaret. Il primo fascicolo è monografico, riservato alle iperglicemie non diabetiche; contiene sette lavori originali e, fuori testo, una serie di recensioni, i riassunti in più lingue dei lavori pubblicati ecc. Per gli abbonamenti rivolgersi alla Casa editrice G. Doin & C.ie, place de l'Odéon 8, Paris (6e).

Prossima pubblicazione.

Come supplemento al vol. XVI 1930 di « Tumori », viene pubblicato un gruppo di lavori, illustrati da radiogrammi e reperti microscopici, riguardanti diversi casi descritti da singoli autori, preceduti da una esposizione sintetica di G. Fichera, sul tema: *squilibrio oncogeno e chemioterapia istogena dei tumori maligni.* L'insieme monografico risulta di circa 150 pagine con oltre XXX tavole a colori.

Un trattato di medicina vecchio di cinque millenni.

L'Università di Chicago ha curato la traduzione in lingua inglese di un libro di medicina scritto più di 4700 anni or sono, da un medico della Corte dei Faraoni, Imhotep; la traduzione è stata eseguita dal dott. James Henry Breasted, reputato orientalista americano. Quest'opera precorre molte cognizioni che sono alla base della medicina odierna: vi si parla di circolazione del sangue, della struttura e delle funzioni del cuore e del cervello, ecc. con una precisione sorprendente.

Escursione di medici francesi in Italia.

La « Société Médicale du Littoral Méditerranéen » ha organizzato, per la settimana pasquale, un'escursione nell'Alta Italia. Partenza da Nizza il 6 aprile. Si visiteranno San Remo, Genova, Milano. il lago di Como, Torino e Cuneo. Ritorno a Nizza l'11 aprile. L'escursione è posta sotto il patronato delle Facoltà Mediche di Genova e di Milano. Sono previsti dei ricevimenti. Il programma speciale viene inviato dalla segreteria (rue Verdi 24, Nizza).

Onoranze al prof. Burci.

Hanno avuto luogo a Firenze, nell'Aula Magna dell'Università, le onoranze al prof. E. Burci in occasione del compiuto trentennio d'insegnamento, alla presenza delle autorità, di quasi tutti gli allievi, di numerosi medici e studenti e di grande concorso di pubblico.

Hanno parlato il prof. Taddei, che a nome degli allievi gli ha consegnato un bel volume di oltre 1000 pagine, stampato dalla « Rassegna Internazionale di Clinica e Terapia », in lussuosa rilegatura, il Sindaco di Firenze, il Rettore ed il Preside della Facoltà medica di Firenze; il prof. Torrini ha letto numerosissimi telegrammi e adesioni ed ha consegnato 51 mila lire frutto della sottoscrizione, che con altre 40 mila date dal festeggiato, costituiranno una borsa di studio biennale, nella Clinica chirurgica di Firenze, per un laureato in medicina in quella Università. Ha risposto commosso il festeggiato, a cui di *motu proprio* di S. M. il Re è stato dato il titolo di Grande Ufficiale Mauriziano.

In onore di Giuseppe Sergi.

La Società Romana di Antropologia ha inviato un saluto augurale a Giuseppe Sergi, che ha compiuto in questi giorni il suo 90° compleanno.

Distrazioni di chirurghi.

Il dott. Fèvre, primario all'« Hôpital des Enfants Malades » di Parigi, aveva dimenticato del materiale di medicatura nell'addome di una piccola inferma operata, a nome Louise Baudat. Per due mesi la bambina ebbe delle sofferenze; infine il materiale venne evacuato per le vie naturali.

I genitori hanno intentato un processo; in loro nome, l'avv. Jean Longuet ha chiesto un indennizzo di 50.000 franchi; ma la 1ª Camera del Tribunale ha accordato solo 2000 franchi.

Indennizzo per infortunio ad un medico.

Il dott. Macdonald di Port Elizabeth (Unione Sud-Africana) era stato incaricato, dalla « Colonial Mutual Life Assurance Society », di compiere una serie di visite d'accertamento. Egli si valeva di un'automobile della Società, guidata da un agente della Società stessa. Durante un viaggio, un mucchio di materiale che costeggiava la strada fece sterzare la macchina, che andò ad urtare violentemente contro un albero. Il medico riportò lesioni alle mascelle, perdita dell'80 % della facoltà uditiva ecc., con incapacità a continuare la professione; onde un processo. Egli chiedeva, per i danni, 10.000 sterline, pari a circa un milione di lire it.

Il processo è stato clamoroso. Infine la Corte Suprema di Grahamstown ha accordato la somma richiesta, più le spese. (La sentenza è riportata integralmente in « Journ. Med. Ass. S. Afr. », 14 feb. 1931).

Incerti professionali.

Un chirurgo francese aveva cagionato gravi danni ad una operata; da ciò un processo, con richiesta di 350.000 franchi per danni. Il Tribunale ha ridotto l'indennizzo a 200.000 franchi, considerando che il chirurgo è un mutilato di guerra. La sentenza aggiunge che egli avrebbe dovuto farsi aiutare da un collega.

Due dentisti di Ginevra sono stati condannati, dal Tribunale, sotto l'imputazione di lesione colposa per negligenza, a 200 franchi d'ammenda e 2000 franchi di spese processuali, per avere cagionato una lesione nervosa in un paziente, che poi è divenuto anche cieco.

Curioso errore di un medico.

Il « New York Herald » riferisce che un medico di Chicago, chiamato a curare una ragazza quindicenne — Liliana Fisher — colpita da paralisi infantile, telefonò al « Durand Hospital » per avere del siero antipoliomielitico. Gli fu risposto che si era smesso l'uso del siero specifico, essendosi trovato che il sangue dei genitori corrispondeva ugualmente bene. Nella trasmissione telefonica il medico confuse « parents' », dei genitori, con « parrot's », di pappagallo. Fece acquistare frettolosamente un pappagallo e con grandi difficoltà riuscì ad estrarne 5 cmc. di sangue, che iniettò alla giovane malata. Poi si recò all'Ospedale, per chiedere come fosse sorta quella curiosa medicazione; ma apprese, al colmo dello stupore e della disperazione, in quale grossolano equivoco fosse caduto. Corse trafelato dalla paziente, la quale però intanto era migliorata, mentre il pappagallo vittima del malinteso stava benissimo.

Lo stato d'ansietà estrema dei genitori aveva avuto molta parte nel far perdere la testa al medico.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Osped. Magg., sett. — C. LORENZETTI. Ipertrofie. iperplasie e neoplasie della tiroide.

Brit. Med. Journ., 15 nov. — R. D. GILLSPIE. Psicologia e psicopatologia dell'infanzia. — F. R. FRASER. Trattam. del gozzo esoftalm.

Nederl. Tijdsch. v. Geneesk., 15 nov. — A. BIEMOND. Encefalite acuta benigna con liquor xantocromico (para-encefalite di Sicard ?).

Anales de Cirugía, sett. — F. L. R. MOLINA e J. H. IBÁÑEZ. La tbc. uro-genit.

Zeitsch. f. Kreislauff., 15 nov. — M. ROSENTHAL. Tbc. dell'aorta.

Zbl. f. Chir., 15 nov. — H. L. LOPPER. Peritonite senza perforaz. delle vie biliari. — W. LEHMANN. Embolia gassosa dell'a. polm. dopo apertura del rachide.

Acta Med. Scandin., I. — A. FABER. Nuova orientazione della ginnastica medica. — C. J. MUNCH-PETERSEN. Glicorachia. — S. LIVIERATO e A. SIMONETO. Indacanemia.

Gaz. d. Hôp., 15 nov. H. ROGER. Rammollimenti cerebrali.

Presse Méd., 12 nov. — D. SANTENOISE. Dualismo ormonale della secrez. intr. glico-regolatrice del pancreas.

Riforma Med., 10 nov. — I. BENEDEK e E. v. THURZÒ. Modificazione pendolare multiassiale del riflesso patellare.

Paris Méd., 15 nov. — Numero di medicina legale e di medicina sociale.

Pediatria, 15 nov. — B. VASILE. Ricerche sul sangue di lattanti con disturbi della nutriz.

Arch. di Antropol. Crimin. ecc., sett.-ott. — G. GIARRUSSO. La neurastenia in medicina legale militare.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., nov. — K. A. MENNINGER e P. E. KUBITSCHEK. Miglioramento di schizofrenia dopo dissenteria. — D. M. OLKON. Epilessia genuina: lesioni microscopiche del sistema capillare.

Difesa Soc., ag. — C. ADDARIO. Tracoma.

Arch. Méd.-Chir. App. Respir., V. — GÉNEVRIER e al. Linfoadenoma leucemico associato a un epitelioma del polmone. — H. MALIÉ. Le sequele bronco-polmon. dell'iprite.

Pathologica, 15 nov. — E. RAVENNA. Ileo da briglia comprimente il digiuno. — G. VERCELLANA. Antracosi e siderosi polmonare. — A. DE BLASI. Melanosarcoma primitivo del midollo spin.

Rivista Terapia Mod. e Med. Pratica, marzo 1931. — Rivendicazioni scient. ital. — La dottrina costituzionalistica. — Iconografia med. ital. — Per il libro med. ital. — Notizie.

Indice alfabetico per materie.

V. ASCOLI †, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXVIII — Roma, 6 Aprile 1931 - IX — Num. 14

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI †

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ospedale Maggiore degli Infermi di Chieri (Torino).

SEZIONE CHIRURGICA.

Di un caso di pneumoencefalo traumatico

pel dott. GIACINTO GIORDANO, prim. e doc.

Coi nomi di pneumocefalo, pneumoencefalo, pneumocele cerebrale, pneumatocele cranico, pneumoventricolo, pneumocisti del cervello, pneumocranio, aerocele cerebrale, aerocele intracranico, enfisema cerebrale o, più genericamente, accumulo, raccolta di aria nella cavità cranica o nei ventricoli si è per solito indicata una stessa entità morbosa, pur di grado diverso, legata ad un fatto traumatico o altrimenti patologico (tumori, infiammazioni, ecc.) che permette entrata di aria nel cranio: rispettivamente, sotto la dura, tra questa e la superficie del cervello, nella massa cerebrale stessa, oppure nel cavo ventricolare.

Sembrò a molti (Dandy, Rand, Alberti, Mascherpa, ecc.) e non meno sembra a noi che il termine di pneumoencefalo sia quello più appropriato, perchè più che altri comprensivo, e specifico della lesione. Si dica pertanto ch'esso è termine d'insieme e se da un lato precisa l'organo colpito, per altro lato non ancora sufficientemente precisa il diagnostico, in ordine alle varietà della lesione. Perchè questa non suole presentarsi sempre alla stessa maniera, dipendentemente dalla sede della raccolta gassosa intracranica, e ciò verrà segnalato. Codeste varietà sono note: ventricolare (pneumoventricolo), extra-cerebrale o subdurale, intracerebrale ed il pneumoencefalo sarà dell'una o dell'altra secondo i casi.

La nostra trattazione sarà d'ordine generale e speciale, essa appoggiandosi a un caso clinico occorso alla nostra osservazione e seguito sino al suo esito mortale: caso, tra i rari, che non inutilmente potrà aggiungersi ai noti, pochi sopra tutto nella letteratura italiana, e, comunque, sempre di particolare interesse.

STORIA CLINICA. — C. A., d'anni 16. Nulla di speciale nella anamnesi remota. Ha sofferto le comuni malattie esantematiche dell'infanzia. Da qualche anno aiuta i genitori ed i fratelli nei lavori campestri.

Il 29 maggio 1930, rincorrendo una mucca, cadde sul selciato battendo fortemente sulla fronte.

Trasportato a casa presentò fenomeni leggeri di commozione cerebrale; ematoma alla parte media della fronte, epistassi: fenomeni che in una settimana circa scomparvero completamente, tanto che potè in breve riprendere le sue abituali occupazioni.

Di lì a qualche giorno cominciò a notare, dapprima raramente, poi con una certa frequenza, specie nei movimenti di flessione del capo, fuoruscita di liquido dal naso. Il liquido scendeva a goccie ed era limpido. Di più, in seguito ad un forte starnuto, osservò che quando sollevava rapidamente il capo sentiva nelle cavità nasali, come una specie di sibilo interrotto, quasi un gorgoglio di acqua. Il paziente non diede grande importanza a questi disturbi, e soltanto quando i parenti si accorsero del sopraggiungere di un senso di torpore e di perdita di memoria si decisero a farlo visitare dal medico che lo indirizzò ad uno specialista.

Questi sospettando una frattura della base del cranio lo indirizzò al chirurgo.

Esame obbiettivo praticato il 12 giugno 1930. Ragazzo di costituzione scheletrica regolare; masse muscolari bene sviluppate; cute e mucose visibili pallide. Temperatura 36°,9. Polso 70.

Colpisce l'apatia di cui il paziente è affetto. Ha tendenza alla sonnolenza mentre lo si esamina e diminuzione della memoria. Dalla narice, quando flette fortemente il capo, si ha deflusso abbondante, a fiotto, di un liquido incoloro che viene tosto raccolto in una provetta. Invitando il paziente a guardare in alto è percepibile, sebbene non sempre, il sibilo interrotto già ricordato. Negativo l'esame dell'occhio, fondo compreso.

Faccia e cranio esteriormente indenni, non percependosi tracce di cicatrici o depressioni ossee.

Nulla al torace ed all'addome. Riflessi superficiali e profondi normali. Deambulazione normale. Negativo l'esame delle urine.

L'esame fisico-chimico del liquido che fuoruscriva dal naso ha rivelato i caratteri tipici del liquor-cefalo-rachidiano.

Reazioni di Wassermann e Meinicke negative. L'esame radiografico del cranio fatto in diverse posizioni ha dimostrato la presenza di una grossa bolla d'aria della grossezza di un limone all'incirca, situata alla regione frontale destra, tra la dura e la superficie cerebale, come appare dalle due unite figure.

Non tardò a diagnosticarsi un pneumoencefalo subdurale, ma rimaneva a stabilirsi la causa. Dato il colpo subito dall'a. sulla fronte, la commozione cerebrale, l'epistassi ed in seguito la craniorinorrea, era logico pensare ad una probabile frattura della lamina cribrosa dell'etmoide o delle cellule etmoidali accompagnata a lacerazione della dura madre, lacerazione che, se permetteva l'uscita del liquor, anche veniva a creare una via di entrata all'aria.

Ora, per quante ricerche radiografiche siano state eseguite, non si potè arrivare ad una tale dimostrazione, perchè, evidentemente, come successe del resto al Bertolotti, il forte contrasto del pneumoencefalo sui radiogrammi, era tale da impedire lo studio dei dettagli su quella regione.

Ammaestrati dai casi riferiti in letteratura, visto il persistere della sintomatologia, visto con altri esami radiologici che l'aerocele non accennava a diminuire, non ostante che nel contempo si fosse praticata una puntura lombare in esito alla quale era uscito liquido cefalorachidiano limpido sotto forte pressione, visto infine il pericolo di una probabile infezione, proponemmo ai parenti d'intervenire, ma questi non aderirono alla nostra proposta e portarono a casa il paziente.

Circa una settimana dopo comparve febbre, senso di malessere generale, vomito. Chiamato un medico questi riscontrò tutta la sintomatologia di una meningite, che il 30 dello stesso mese condusse a morte il paziente.

Riassumendo, si tratta di un ragazzo sano in cui un trauma alla fronte seguito da verosimile frattura dell'etmoide e fuoruscita di liquido cefalorachidiano determinò il formarsi di una raccolta abbastanza cospicua di aria negli spazi sottoaracnoidei del lobo frontale destro complicato ben presto dal sopraggiungere di una meningite con inevitabile *exitus*.

Il pneumoencefalo costituisce un'affezione rara.

Se, di fatto, le nostre ricerche bibliografiche sono complete, sarebbero appena 61 i casi fin'ora descritti, di cui soltanto cinque di AA. italiani.

Secondo il Conte la prima raccolta di casi di pneumoencefalo è dovuta a Mac Arthur (1905): essi sono quasi tutti di natura infiammatoria petro-mastoidea.

Il primo caso di pneumoencefalo traumatico sarebbe stato descritto dal Luckett nel 1913. Si trattava di un uomo di 47 anni che in seguito ad un forte trauma al capo presentava fenomeni cerebrali. Questi però rapidamente dileguavano e la radiografia non dimostrava nulla di particolare.

Dopo una settimana circa in seguito ad un forte starnuto sopraggiungevano nuovamente fenomeni cerebrali e la radiografia rilevava, questa volta, presenza d'aria nei ventricoli cerebrali. Operato, moriva dopo cinque giorni, ed all'autopsia si riscontrava frattura dell'etmoide, rottura della base del lobo frontale destro e raccolta d'aria nei ventricoli cerebrali.

Casi consimili vennero poi pubblicati da altri (Horrax, Spiller, Hanston, Doyle, Potter e Dodd, May, ecc.) tanto che nel 1923 lo Schloffer ne poteva già raccogliere una ventina.

Altri ancora venivano intanto raccolti dal Chiari, Santoro, Teachenor, Wheeler, Cannel, Grant, Krogius, Siegmund, Davidson, Eggert, ecc. e nel 1928 Huizinga e Keijser potevano già contarne 33.

Seguono i casi di Campbell, Poschoud, Bahm, Mothersole, e Lewis, ed infine quelli di Bertolotti, di Brun e Jambert de Bearchien, di Conte e di Raud.

Dall'esame di tutti questi casi risulta innanzi tutto che, in paragone della grande quantità delle fratture del cranio, il pneumoencefalo sia un'evenienza molto rara.

FIG. 1. — Proiezione sagittale.

FIG. 2. — Proiezione laterale.

Eppure noi pensiamo col Lewis che esso sia ancora più frequente di quello che si possa supporre: la scarsa iniziale entità clinica dei sintomi, come vedremo, che la raccolta d'aria endocranica può presentare, il suo facile riassorbimento infine, quando è in poca quantità, fanno infatti sì che molti casi di pneumoencefalo possano essere passati inosservati, anche per mancanza di referto radiografico.

Ad ogni modo, poichè l'aria, quando è raccolta in quantità grande può dar luogo a sintomi di una certa entità e più di tutto espone il paziente ad una infezione meningea (un quarto circa dei casi è terminato con la morte) si tratta sempre, ed il nostro caso insegni, di una complicanza molto grave.

Condizioni essenziali per il prodursi del pneumoencefalo sono la soluzione di continuo delle ossa craniche e la rottura della dura madre: pare però che esse, da sole, non siano sufficenti, poichè nella maggior parte dei casi si sono trovate sempre lese anche le cavità accessorie del cranio (rocca petrosa, seni frontali, seni etmoidali).

La soluzione di continuo delle ossa e della dura madre può essere di natura traumatica, come nel nostro caso, ed allora si ha il pneumoencefalo traumatico; può essere dovuta a carie dell'etmoide, ad usura da compressione o a tipo distruttivo per tumori intra od extra-cerebrali (Bertolotti) ed allora abbiamo il pneumoencefalo spontaneo.

Tanto in un caso come nell'altro succede ordinariamente una reazione meningea, con formazione di aderenze, che tendono a delimitare il focolaio di frattura o di usura dello spazio subdurale circostante.

Attraverso questa soluzione di continuo noi assistiamo allo scolo del liquor-cefalo-rachidiano, la cosiddetta craniorinorrea, la quale può essere più o meno abbondante, continua o intermittente, transitoria da passare persino inavvertita dal paziente stesso, ed infine qualche volta mancare addirittura.

Stabilitasi la comunicazione tra l'aria esterna e lo spazio sottodurale, poichè una parte almeno dell'aria ivi penetrata viene riassorbita, è necessario, per lo stabilirsi del pneumoencefalo, che intervengano altri fattori.

Questi, che sono ormai ammessi da tutti, senza tuttavia essere dimostrati, sono rappresentati dal colpo di tosse, dallo starnuto, dal soffiarsi il naso, mediante i quali si avrebbe un aumento di pressione nelle cavità pneumatiche paranasali e, attraverso alla breccia di frattura e di usura dell'osso, la penetrazione di aria nella cavità cranica.

Un meccanismo analogo dev'essere, con ogni probabilità, successo nel nostro caso, in cui i primi sintomi (apatia, sonnolenza, perdita della memoria) cominciarono appunto a manifestarsi dopo un violento starnuto.

Altri Autori sostengono che la penetrazione dell'aria possa essere favorita da aumenti di pressione del liquor cefalo-rachidiano. Senza volerne negare l'importanza, ci limitiamo ad osservare che in molti casi, accertati anche all'autopsia, di usura del pavimento osseo per processi blastomatosi od infiammatori si ebbe fuoruscita di liquor cefalo-rachidiano sotto forte pressione senza che, per altro, si siano manifestate raccolte endocraniche di aria.

Un altro fattore, rilevato in qualche caso all'autopsia, è dato da una speciale disposizione valvolare della soluzione di continuo ossea e meningea, la quale permetterebbe una penetrazione di aria più facile che non sia la fuoruscita del liquor cefalo-rachidiano e dell'aria stessa.

Penetrata l'aria in cavità oltre al dilatarsi per l'aumento della temperatura ed alla tendenza naturale a disporsi verso le parti alte, può raccogliersi tra la dura madre e il cervello (pneumatocele extra cerebrale), nei ventricoli cerebrali (pneumoventricolo), ed infine nella sostanza cerebrale stessa (pneumatocele intracerebrale).

Nel cosidetto pneumatocele extracerebrale si distinguono: una forma *saccata* quando l'aria è raccolta in una cavità a tipo cistico, ed una forma *diffusa* quando l'aria invade tutti gli spazi subdurali.

Quando la raccolta è extra-cerebrale-sottodurale, generalmente ha sede in vicinanza dei lobi frontali.

In alcuni casi l'aria si era raccolta tanto nei ventricoli come fuori del cervello: orbene l'osservazione radiologica ha dimostrato come dapprima si sia formata la raccolta sotto-aracnoidea, poscia quella ventricolare.

Nel caso nostro, come in quello del Bertolotti e in parecchi altri, la raccolta è sempre stata extra-cerebrale.

Quali le vie che può seguire l'aria per entrare nei ventricoli cerebrali?

Sono tre: dagli spazi subaracnoidei giunge per i fori di Magendie e Luschka al IV° ventricolo e successivamente, attraverso l'acquedotto Silviano, al III° ventricolo ed al foro di Monro e poscia ai ventricoli cerebrali (Dandy e Gortan); attraverso ad una fessura cerebrale; oppure penetrare in un focolaio di rammollimento cerebrale, dando luogo alla formazione

di una pneumocisti che può in seguito mettersi in comunicazione coi ventricoli.

***

Da quanto riferimmo si comprende facilmente come i sintomi del pneumoencefalo siano molto variabili.

Può infatti decorrere senza alcun sintomo, oppure presentare appena una modica cefalea. A volte invece questa è fortissima, si ha senso di debolezza generale, polso teso e raro, vomiti, stupore, emiplegia, alterazioni della psiche.

Talora si riscontra anche papilla da stasi.

Grande importanza acquista la fuoriuscita del liquor cefalo-rachidiano, vuoi dal naso, vuoi dall'orecchio, a seconda della sede della lesione, sebbene, come già si accennò, possa mancare od essere fugace al punto da passare inavvertita dal paziente.

Patognomonica, ma assai rara a riscontrarsi, è la percezione di un suono timpanico alla percussione accompagnato talora a rumori di guazzo in qualche parte della scatola cranica.

A volte infine il paziente stesso avverte come quache cosa che si muove dentro il cervello. Questi sono però sintomi di probabilità.

La diagnosi di certezza non la si potrà ottenere che col sussidio dei raggi Roentgen.

***

Quale il decorso del pneumoencefalo?

In molti casi l'aria si riassorbe, avverandosi così la guarigione spontanea.

Il riassorbimento avviene nel pneumoventricolo; fuori del cervello può impiegare da uno a dieci mesi (Lewis), mentre più lento ad avverarsi è nella sostanza cerebrale dove si possono avere formazioni cistiche più o meno voluminose, descritte da Barbe e Glenaud.

La comunicazione con l'esterno, che può realizzare le condizioni per lo stabilirsi di una meningite, come è appunto successo nel nostro caso, costituisce il pericolo maggiore.

***

Circa la cura, dinanzi ad un caso di pneumoencefalo, la nostra linea di condotta varierà da caso a caso, a seconda dei dati che ci fornirà la radiografia sovente ripetuta.

Se da questi dati e da quelli clinici, appare che la raccolta non ha tendenza a riassorbirsi, tenendo sempre presente il gravissimo pericolo dello svilupparsi di una meningite, a noi pare logico l'intervento. Il quale, naturalmente, per essere completo, oltre che ad eliminare l'aria deve provvedere alla chiusura del difetto osseo e della dura madre, causa della raccolta gassosa. Solo in questo modo potrà evitarsene la ripetizione.

Non nascondiamo che, data la sede e la natura delle lesioni, ciò possa riuscire di una difficoltà e gravità estrema, se non addirittura impossibile, ed è per questo che il Siegmund, in un caso di pneumatocele intracerebrale non si accontentò della semplice incisione della raccolta gassosa seguita o no da drenaggio, come appunto è stato fatto dalla maggior parte degli Autori, ma ha proceduto al riempimento della cavità rimasta con del grasso prelevato dallo stesso soggetto, e con risultati ottimi.

A noi pare quindi che, decisi all'intervento, dopo aver inciso la raccolta, piuttosto che drenare, il che potrebbe dar luogo ad infezione secondaria, sia più logico o procedere alla sutura della duramadre, o, meglio ancora, ricorrere, ove il caso si presti, al procedimento del Siegmund che, per quanto non sia stato seguìto da altri, è, a nostro avviso, quello che, dinanzi alle enormi difficoltà tecniche sopra ricordate, offre, logicamente almeno, nei casi appropriati le maggiori probabilità di successo.

RIASSUNTO.

In un ragazzo 16enne un trauma frontale, che probabilmente determinò frattura dell'etmoide, fu seguìto da perdite di liquido c.-r. e dalla formazione di una raccolta d'aria fra la dura e la sostanza cerebrale del lobo frontale destro; sopravvenne meningite, ad esito letale. L'A. trae occasione dal caso per discutere la patogenesi, la sintomatologia, il decorso e il trattamento del pneumoencefalo.

BIBLIOGRAFIA.

Alberti e Mascherpa. Relazione presentata al XXXVII Congresso della Soc. Italiana di Chirurgia.

Brun & Jaubert de Baulieu. Journal de Radiologie et d'Electrologie, giugno 1930.

Bertolotti. *Lezioni di Craniologia Roentgen.* Ed. Minerva Medica, 1929. Torino.

Campbell. Rif. in Zentralorgan f. die ges. Chirurgie, vol. 47, pag. 461.

Cannel. Ibid., vol. 23, pag. 189.

Cortese. Diario Radiologico, 1930, pag. 113.

Davidson. Amer. Journal of Roentgenol. & Radium Therapy, vol. 17, pag. 447.

Doyle. Amer. Journ. of Roentgenol., vol. 8, pagina 73.

Eggers. Archiv. f. Klin. Chir., vol. 144, pag. 121.

Gortan. Atti del V Congresso italiano di Radiologia, ott. 1923.

Grant. Surg., Gynecol. a. Obstetr., vol. 36, pagina 251.

HANSSON. Rif. in Zentralorg. f. d. ges. Chir., vol. 16, pag. 198.
HORRAX. Annals of Surg., vol. 73, pag. 18.
HUIZINGA & KEIJSER. Rif. in Zentralor. f. d. ges. Chir., vol. 45, pag. 372.
KROGIUS. Rif. in Journal de Chirurgie, vol. 28. pag. 571.
LEWIS, AUBREY. Rif. in Zentralorg. f. d. ges. Chir., vol. 45, pag. 19.
LUCKETT. Surg. Gynecol. a. Obstetr., vol. 17, pagina 237.
MAC ARTHUR. Citato da CORTESE.
MONARI. Radiologia Medica, vol. 13, pag. 492.
MAY, Am. Journ. of Roentgenol., 1919.
MOTHERSOLE. Brit. Journ. of Surg., vol. 15, pagina 514.
PASCHOUD. In Zentralorg. f. d. ges. Chir., vol. 49. pag. 779.
POTTER. Am. Journ. of Roentgenol., 1919.
RAHM. Zentralb. f. Chir., anno 55, pag. 1112.
RAUD. Arch. Surg., vol. 20, pag. 935.
SANTORO. Rivista oto-neuro-oftalmologica, vol. 1, 1924.
SCHLOFFER. Archiv. f. Klin. Chir., vol. 127, pagina 731.
SIEGMUND. Deutsch. Zeitschr. f. Chir., vol. 198. pag. 259.
SPILLER. In Zentralorg. f. d. ges. Chir., vol. 18. pag. 540.
TEACHENOR. Ann. of Surg., vol. 78, pag. 5-1.
WHEELER. The Lancet, vol. CCIV, n. 5194, pag. 529.

NOTE DI TECNICA

R. Istituto di Igiene sperimentale della Università di Roma
diretto dal prof. G. SANARELLI.

L'insufficienza del metodo classico di Ziehl-Neelsen per la ricerca del bacillo tubercolare nelle urine.

Dottori E. J. PAMPANA e MARIO SABATUCCI, assistenti.

Dalla lettura dei comuni trattati ci si fa l'opinione che l'ordinario metodo di Ziehl-Neelsen sia sufficiente per la ricerca dei bacilli tubercolari nel sedimento urinario: tale metodo, comprendendo un trattamento con alcool, dovrebbe garantirci dalla possibilità di eventuali e deplorevoli errori con bacilli pseudo-tubercolari, che sono ritenuti comunemente acido-, ma non alcool-resistenti.

Tuttavia nella letteratura sono già comparse numerose osservazioni che dimostrano come alcuni ceppi di bacilli pseudo-tubercolari (smegma) siano non solo acido-, ma anche alcool-resistenti. In tali casi, limitandoci alla colorazione col metodo ordinario, è evidente che tali bacilli, morfologicamente mal differenziabili dai tubercolari, verrebbero erroneamente interpretati come tali.

Volendo farci un concetto personale della frequenza di tali reperti, abbiamo cominciato col prendere in esame, da questo punto di vista, tutti i campioni di urina che, per una ragione o per l'altra, ci venivano inviati.

Già dopo pochi esami negativi trovammo un sedimento urinario che, colorato col metodo di Ziehl-Neelsen, mostrava numerosi bacilli acido- ed alcool-resistenti, disposti ad ammassi, o a V, o isolati, con estremità spesso clavate. La loro morfologia era tale che solo ad un occhio molto esercitato poteva suggerire qualche dubbio sulla loro identificazione con bacilli tubercolari autentici. Dal medico curante apprendemmo che l'urina apparteneva ad una paziente affetta da influenza, con anamnesi assolutamente negativa riguardo alla tubercolosi. Era questo un esempio di uno di quei reperti dubbi, in cui sarebbe stata imperdonabile leggerezza concludere per la presenza di bb. tubercolari. S'imponeva quindi l'esame biologico: ma nell'attesa dell'esito di questa prova volemmo studiare come quei bacilli si comportassero di fronte all'azione progressivamente crescente di vari mezzi decoloranti. Avevamo la speranza di trovare un metodo che, da solo, fosse sufficiente ad escludere la necessità della lunga prova biologica.

È noto che nel metodo comunemente impiegato l'azione decolorante è affidata all'acido solforico al 20 %, impiegato per circa 10'' ed all'alcool, che si fa agire per pochi secondi, fino a decolorazione del preparato. Abbiamo realizzato un primo aumento dell'azione decolorante insistendo nel trattamento con l'alcool, prolungandone l'azione fino a 5'. Con tale modificazione i bacilli in esame si mostrarono parzialmente decolorati: mentre un preparato di controllo, allestito con autentici bacilli tubercolari di provenienza renale, li mostrava ancora intensamente colorati in rosso. Tale divergenza di comportamento era già molto significativa: meglio però sarebbe stato arrivare alla decolorazione completa di questi bacilli, con un metodo che lasciasse inalterati i b. di Koch autentici.

E questo abbiamo perfettamente ottenuto facendo seguire all'azione decolorante dell'acido solforico e a quella dell'alcool per 5' un trattamento con il liquido di Pappenheim. Con tale metodo i bacilli vennero decolorati completamente e assunsero il colore azzurro di contrasto, mentre i bacilli tubercolari di controllo rimasero inalterati. Evidentemente questo semplice metodo di decolorazione basta ad escludere la natura tubercolare dei bacilli sospetti: ciò che venne confermato due mesi dopo dall'autopsia della cavia inoculata che dette un reperto negativo.

Successivamente trovammo altri quattro casi che studiammo con la stessa tecnica. Riassumiamo i risultati nella tabella che segue.

Casi	Reperto batterioscopico			Prova biologica (cavia)
	(A) Preparati colorati col. met. di Ziehl-Neelsen immodificato.	(B) Preparati colorati col. met. di Ziehl-Neelsen, in cui l'azione dell'alcool è stata prolungata fino a 5'	(C) Preparati trattati come in (B) e ulteriormente con liq. di Pappenheim per 10'	
1) Influenza. Anamnesi negativa.	Presenza di bacilli colorati in rosso vivo	Parzialmente decolorati	Decolorati	Negativa
2) Cistite blenorragica. Coxite	Id.	Decolorati	(Non saggiati)	(Non inoculata)
3) Tubercolosi renale?	Id.	Immutati	Immutati	Positiva
4) Crisi dolorose all'epididimo in soggetto sospetto di tbc. polm. pregressa, e che ha sofferto numerose epididimiti blenorragiche	Id.	Immutati	Decolorati	Negativa
5) Sospetto di tbc. renale (piuria, non ematuria, lesioni banali del trigono vescicale)	Id.	Immutati	Decolorati quasi totalmente	Negativa

Dall'esame di questa tavola risulta che se i bacilli, previamente riconosciuti come acido ed alcool-resistenti si decolorano totalmente o quasi, sotto l'azione del liquido di Pappenheim, se ne può senz'altro escludere la natura tubercolare. Esperienze parallele, allestite con autentici bacilli tubercolari, ci hanno mostrato che questi resistono invece all'azione del liquido di Pappenheim per *almeno* un'ora.

***

Pertanto le nostre esperienze ci inducono a consigliare la seguente tecnica, da applicare sistematicamente tutte le volte che si debba ricercare il b. di Koch nelle urine.

1) Centrifugare per almeno 10 minuti, cc. 10-20 di urina; distendere il sedimento, essiccare, fissare alla fiamma.

2) Colorare con fucsina di Ziehl a caldo per 5'.

3) Lavare.

4) Trattare con acido solforico al 20 % per circa 10''.

5) Lavare.

6) Trattare con alcool assoluto per 5', ricambiandolo tre volte.

7) Lavare.

8) Colorazione di contrasto con bleu di metilene acquoso.

9) Asciugare e fare una prima osservazione, possibilmente con tavolino traslatore.

Se si trovano bacilli colorati in rosso vivo, *marcarne la posizione* e continuare come segue:

10) Lavare l'olio di cedro con xilolo.

11) Gettare lo xilolo e trattare il preparato con il liquido di Pappenheim (1) ricambiandolo tre volte, complessivamente per 10'.

12) Lavare, asciugare e disporre sotto l'obbiettivo i campi microscopici previamente determinati, in modo da osservare ancora gli stessi bacilli.

Noi consigliamo l'uso del tavolino traslatore poichè esso ci permette di seguire, durante le varie fasi del trattamento, determinati gruppi od elementi bacillari che, specialmente nei casi a reperto molto scarso, potrebbero non essere facilmente reperibili nella seconda osservazione.

Questa nostra tecnica permette dunque di escludere la natura tubercolare di bacilli acido- ed alcool-resistenti qualora essi rimangano decolorati dal l. di Pappenheim.

Nel caso contrario il reperto sarà altamente sospetto; e la prova biologica sarà desiderabile come definitiva conferma: e ciò, sia perchè non si può escludere l'esistenza di bacilli *pseudo*-tubercolari acido-alcool-Pappenheim-resistenti, benchè non siano mai capitati sotto la nostra osservazione; sia perchè i bb. *paratuber-*

(1) Il liquido di Pappenheim ha la composizione seguente:

Acido rosolico	gr.	1
Alcool a 96°	cc.	100

Disciogliervi bleu di metilene a saturazione; aggiungere:

Glicerina	cc.	20

colari, da noi esaminati a questo riguardo, si comportano approssimativamente come i bb. di Koch. (Paratubercolare Harlinski, Rabinowitsch, Horn, *Grasbacillus*, Paratubercolare dello sterco del cavallo, della tartaruga, del *Phleum pratense*). Tuttavia l'inquinamento di un'urina da parte di questi paratubercolari ci sembra altamente improbabile.

CONCLUSIONI.

Dalle nostre ricerche risulta, in armonia con recenti osservazioni di altri AA., che sarebbe estremamente azzardato concludere per la natura tubercolare di un'urina in base al solo reperto di bacilli acido- ed alcool-resistenti, a morfologia simile al b. di Koch; e che, pertanto, è con molta cautela e con profondo senso di responsabilità che il medico pratico, sfornito di mezzi culturali e biologici, deve accingersi a tale ricerca.

La tecnica da noi proposta permette di escludere immediatamente la natura tubercolare di molti reperti bacillari sospetti.

RIASSUNTO.

Gli AA. confermano la insufficienza del metodo classico di Ziehl-Neelsen nella ricerca del b. tubercolare nelle urine, e propongono l'uso del metodo di Pappenheim, opportunamente modificato.

Dicembre, 1930.

COMMENTI.

Timpanismo basilare e segno di otre nel sieropneumotorace.

Nel n. 37, anno 1930, di questo giornale, sotto il titolo: « Di un nuovo segno fisico nell'idropnx: il suono idro-pneumotoracico di otre », pubblicavo due mie osservazioni sopra il segno suddetto che a me risultava non fosse stato da altri descritto.

Nel n. 50 dello stesso giornale e della stessa annata, il prof. E. Signorelli di Firenze mi faceva notare come già altri avessero prima di me riscontrato il fenomeno e che egli in Italia era stato il primo ad occuparsene. Letti i lavori dal Signorelli indicati, ho potuto constatare effettivamente come il segno che io ritenevo per nuovo, era già stato invece segnalato da altri.

Il prof. Signorelli afferma che prima di pubblicare le sue osservazioni egli onestamente si preoccupò di fare le più ampie ricerche bibliografiche parendogli che per la facilità a riscontrarsi, il fenomeno probabilmente fosse stato da altri descritto.

Nella prima redazione del manoscritto del mio lavoro avevo incluso il seguente periodo: « Poichè a me sembra che il fenomeno in parola, per la facilità con la quale in breve tempo io l'ho trovato in due casi, con tutta verosimiglianza sarà stato da altri descritto, ove ciò fosse avvenuto, prego i lettori di voler considerare il presente lavoro come semplice apporto casistico ».

Tutti i manuali di semeiotica più in voga e tutte le monografie sul pnx da me consultate, non fanno parola di esso. Il libro del Riccioli, il più recente e il più ampio sull'argomento, non ne parlava affatto. Eminenti clinici da me interrogati, rispondevano di non conoscere fosse stato descritto un fenomeno simile. È solo dopo tali ricerche e tali attestazioni io mi decisi a togliere dal lavoro il periodo sopracitato.

Credo pertanto che non meno onestamente del Signorelli io mi sia preoccupato di dire cosa esatta pubblicando le mie osservazioni; comunque sia, dò sinceramente atto al Signorelli di aver ristabilita una verità che io, come lui, avevo cercata.

Questo per la parte, diremo così, etica della questione.

Venendo al lato puramente scientifico, ci sono varie osservazioni da fare, e prima di tutto sulla nomenclatura del fenomeno. Il Signorelli lo chiama: *timpanismo basilare;* tale appellativo è inesatto in ambedue i termini.

Il fenomeno non è strettamente basilare, giacchè nei miei due casi si verificava circa due dita trasverse al disopra dell'angolo della scapola; e in questo conviene con me anche il Condorelli.

Il suono poi non è esclusivamente timpanico, ma è timpanico e metallico insieme, anzi la componente metallica è quella che dà la caratteristica acustica inconfondibile. Il Signorelli parla di timbro gastro-colico, e di carattere metallico che si riscontrerebbero a volte; ma il timbro gastro-colico non può essere univoco; infatti uno stomaco o un colon risuonano diversamente a seconda che in essi sia solo aria, o aria e liquido insieme. Non bastano poi aria e liquido soltanto a dare il suono di otre, altrimenti dovremmo riscontrarlo in tutti gli idro-pneumotoraci; è necessario che le pareti della sacca abbiano una conformazione speciale (parete levigata), una certa grandezza (almeno 6 cm. di diametro secondo Martini), che il gas vi sia sotto una certa tensione. Solo in queste condizioni fisiche si possono formare suoni metallici che danno la speciale caratteristica al fenomeno acustico e che non si riscontrano solo *a volte*, ma sono sempre presenti, come ho potuto osservare anche in tre altri casi, occorsimi dopo i due pubblicati.

In quanto alla patogenesi il Signorelli dice che io non ho avanzata un'ipotesi mia propria. Lo rimando per questo alla lettura del mio lavoro; vi è detto infatti che oltre alle suaccennate condizioni della parete della sacca, l'elemento che provoca il suono di otre *è dato dalle onde che si formano sulla superficie del liquido con la percussione della parete toracica; onde le quali nel particolare ambiente acquistano la peculiare risuonanza.* Il Signorelli pensa che siano le vibrazioni che l'onda liquida trasmette alla bolla gassosa soprastante qualora il polmone sia in uno stato di semicompressione, per cui i tubi bronchiali grossi e medi siano ancora pervii e facciano da risuonatori accanto alla bolla pneumotoracica. Ora questa ipotesi non può essere ammissibile poichè Giraud di Leysin, con istillazioni endotracheali di lipiodol ha dimostrato la pervietà dei bronchi grossi e medii in tutti i pnx anche in quelli più spinti e col massimo collasso polmonare. Ragione per cui, secondo l'ipotesi del Signorelli, in tutti gli idro-pneumotoraci si dovrebbe avere il suono di otre, ciò che non è.

Il Signorelli asserisce ancora che io neppure in via di ipotesi ho accennato a quanto ammette il Baümler in qualche caso e il Condorelli in tutti i casi, che cioè il timpanismo sia dovuto ad una emulsione più o meno grossolana di essudato e gas pneumotoracico.

Tale ipotesi io non me la sono posta, per una ragione che non doveva sfuggire al Signorelli, e cioè nei miei due casi il fenomeno si verificava al livello del liquido e non in mezzo all'ottusità di esso, come in alcuni casi del Signorelli e degli altri.

E del resto a me non pare affatto che essa sia plausibile poichè male si spiegherebbe come delle piccole bolle gassose possano dare suono metallico quando per aver questo è necessaria una cavità di almeno 6 cm. di diametro, sempre secondo afferma il Martini. E peggio ancora si spiegherebbe il timpanismo così schietto ed evidente del fenomeno, timpanismo che in genere si forma con tanta maggior nitidezza quanto più uniforme è il sistema risuonante (stomaco e intestino pieni d'aria, pneumotorace, caverne).

Nuovi casi occorsimi nel frattempo mi permetteranno di tornare sull'argomento. Intanto mi dichiaro grato al prof. Signorelli di aver tolto di mezzo un equivoco e di aver accesa una discussione la quale non potrà non essere proficua per la verità scientifica.

Sanatorio di Cuasso al Monte, febb. 1931-IX.

Dott. MARIO MAZZETTI.

SUNTI E RASSEGNE.

RADIOLOGIA.

Un nuovo metodo per rendere visibili ai raggi il fegato e la milza con un mezzo di contrasto.

(P. RADT. *Med. Klin.*, 51, 1930).

L'A. ricorda che l'insufflazione dello stomaco e dell'intestino, o il pneumoperitoneo valgono a rendere più nette le ombre del fegato e della milza.

Ma l'A. è giunto alla creazione di un nuovo metodo di dimostrazione radiologica di questi organi, che dà risultati assai più brillanti: egli è partito dal concetto teorico che certe sostanze colloidali introdotte per via parenterale si depositano elettivamente, sotto forma di granuli, negli elementi del reticolo endotelio del fegato e della milza (cellule di Kupfer, endotelii dei seni ecc.): onde era lecito ammettere che queste parti avrebbero dato una opacità netta mentre le altre, su cui i depositi di colloidi non avvengono, sarebbero rimaste chiare.

Questo avrebbe permesso di mettere in evidenza, non solo la forma e il volume degli organi, ma le modificazioni della loro struttura interna.

La sostanza scelta a questo scopo fu il Tordiol (tono-diossido-sol) ma le esperienze ven-

nero limitate agli animali, temendo l'A. di iniettare nell'uomo un colloide così poco stabile, col pericolo di determinare delle embolie capillari.

Analoghe ricerche sono state compiute da un giapponese Oka negli animali e anche nell'uomo, con buoni risultati.

L'A. è riuscito ad ottenere dalle Fabbriche Chimiche di Heyden a Dresda dei preparati di Tordiol stabilizzato mercè l'aggiunta di carboidrati, così da renderlo del tutto innocuo.

Nell'uomo la dose oscilla da 40 a 80 cc., che vengono somministrati alla dose giornaliera di 10-20 cc.; in 20 casi su 60, 3-4 h. dopo l'iniezione fu notato un certo malessere, brividi, e anche modiche elevazioni termiche (fino a 38°,5).

FIG. 1.

Va notato subito che qualsiasi sol colloidale, purchè capace di dare ombre sufficienti, può essere usato, sempre che — naturalmente — esista un reticolo endotelio capace di fissarlo (il metodo non riesce, perciò, ogni volta che questo è malato o distrutto).

Gli animali trattati quasi 2 anni fa con Tordiol vivono tutti senza eccezione, e sono cresciuti normalmente di peso e di volume; in alcuni sono stati prelevati frammenti di fegato o di milza, che hanno mostrato la presenza dei granulini giallastri, ma senza alterazioni evidenti dei parenchimi.

Subito dopo l'iniezione si ha una modica leucocitosi, con lieve prevalenza dei mononucleati, ed una fugace leggera caduta dei globuli rossi e dell'emoglobina.

L'Autore mostra poi alcuni radiogrammi ottenuti nei suoi malati (IVª clinica medica di Vienna — Ospedale Moabit).

La fig. 1 riguarda un paziente affetto da cancro dello stomaco; si vedono distintamente a D. l'ombra densa del fegato e a S. quella della milza, in cui è distinguibile la trabecolatura e il decorso dei vasi: dal suo quadro si può affermare che la milza è normale e non presenta alterazioni anatomiche.

Nel fegato, invece, si vedono punti più chiari, due dei quali chiari l'uno sotto l'altro sul bordo destro del fegato.

Non si può ammettere che dipendano da raccolte gassose in altri organi; teoricamente bisognava ammettere che in quei punti non esistesse più tessuto capace di fissare il Tordiol; probabilmente, metastasi del tumore gastrico.

L'autopsia confermò questa ipotesi radiologica.

La fig. 2 corrisponde ad un malato che venne ricoverato cachettico e con ittero di medio grado: le feci erano colorate, e contenevano sangue.

FIG. 2.

L'esame radiografico, previa iniezione di Tordiol, dimostrò un'ombra splenica notevolmente ingrandita, più densa nei suoi 2/3 superiori, più lieve in basso, dove le si sovrapponeva il colon pieno di gas.

Il fegato invece non dava quasi ombra, ma solo una punteggiatura fine, ben visibile sull'originale; evidentemente l'organo doveva essere profondamente leso in tutta la sua struttura, così che la deposizione del colloide non era possibile: si pensò ad una cirrosi epatica, che fu infatti trovata all'autopsia.

FIG. 3.

La fig. 3 riguarda un uomo affetto da tumore della testa del pancreas: a sinistra la

milza appare come una ombra leggera; in quanto all'ombra del fegato essa appare disseminata da una quantità di zone più chiare, situate un po' dapertutto, e in corrispondenza delle quali il tessuto epatico deve essere stato distrutto: anche qui si pensò alle metastasi, che furono infatti trovate.

FIG. 4.

La fig. 4 mostra un fegato pieno di metastasi, in un individuo morto di cancro dello stomaco; in basso, a destra, è la milza, e a sin. per confronto è stata posta una milza non trattata col Tordiol: essa si presenta come una ombra assai pallida e diffusa, costituendo la più chiara prova dell'efficacia del metodo proposto. V. SERRA.

Urografia endovenosa per mezzo del sale sodico dell'acido 5-iodo-2-piramidon-N-acetico.

(M. SWIK. *The Journal of the Amer. Medic. Assoc.*, 8 nov. 1930).

Il Rowntree e i suoi collaboratori della Clinica Mayo nel 1923 furono i primi a tentare di rendere visibili ai raggi X le vie urinarie per mezzo dell'ioduro di sodio per via endovenosa (in soluzione al 10 %) e per via orale. Nell'anno seguente Rosenstein e von Lichtemberg riferirono i risultati dello stesso metodo associato al pneumorene e nello stesso anno il Volkmann con ricerche comparative dimostrò che la migliore soluzione da adoperarsi era quella del Rowntree. Esperimenti sugli animali fecero negli anni successivi Lenarduzzi e Pecco e Hryntschak. Seguirono poi gli esperimenti di Ziegler e Kohler del 1929 e 1930.

Ma il primo ad ottenere risultati pratici fu il Roseno con una soluzione detta Pyelognost composta di ioduro di sodio e urea da iniettarsi nelle vene e questo nel 1928.

L'A. studiò il preparato sintetizzato da Binz e Räth e precisamente l'N-metil-5-iodo-2-pirodone adoperato dal Binz a scopo terapeutico, perchè la sua eliminazione per il rene e la sua concentrazione nelle urine facevano pensare che potesse essere utile nella radiografia. Esperimenti su animali dimostrarono che durante la sua eliminazione il parenchima renale e la vescica si vedevano bene, mentre poco appariscenti diventavano la pelvi e l'uretere. Dopo ricerche sugli animali per stabilire la tossicità del preparato l'A. somministrò all'uomo adulto 6 gr. per via endovenosa osservando in alcuni casi cefalea, nausea, vomito, malessere generale e in alcuni casi diplopia transitoria. La somministrazione per via orale o rettale diede i medesimi risultati radiografici e gli stessi disturbi. In tutti i casi era visibile la vescica, mentre il tratto urinario superiore si vedeva solo quando si produceva una temporanea occlusione dell'uretere mediante una candeletta.

Il metodo quindi andava modificato per ottenere una maggiore visibilità e una minore tossicità. Forse la tossicità dipendeva dal radicale metile. Il Binz fornì all'autore dei composti appartenenti al gruppo selectan già prima sintetizzato dal Binz e Räth e uno di questi preparati era insolubile in acqua ma solubile in alcali forte. Un preparato noto col nome di Uroselectan che è precisamente 5-iodo-2-pirodon-N-acetato di sodio si dimostrò privo di azione molesta, molto solubile in acqua e diede reperti radiologici molto soddisfacenti. Nel 1929 l'A. comunicò i primi risultati. Furono fatti poi studi accuratissimi per stabilire la quantità di sostanza che veniva eliminata per le vie urinarie. Nelle prime due ore si elimina dal 45-65 % della sostanza e in queste due ore si ha la visibilità delle vie urinarie, naturalmente a funzionalità renale buona. Su 122 casi studiati all'Ospedale Monte Sinai a New York ci fu uno solo con risultato inspiegabile, cioè con assenza di visibilità del rene destro che invece colla cistoscopia appariva funzionante.

Se esiste uremia con scarso potere di concentrazione del rene l'uso dell'uroselectan per via endovenosa può essere pericoloso. All'infuori di questa particolare condizione l'uso dell'uroselectan per via endovenosa, facendo s'intende anche il dosaggio dell'eliminazione per l'urina, è un ottimo mezzo per studiare la funzionalità renale senza ricorrere ad un metodo indaginoso e qualche volta pericoloso com'è quello della cistoscopia e del cateterismo degli ureteri.

Il metodo consigliato dallo Swick è questo: dare 40 gr. di uroselectan in acqua bidistillata, tiepida in modo da avere un volume complessivo di 100 cc. La soluzione va filtrata due volte attraverso carta da filtro versandola in

una bottiglia di Erlenmeyer da 250 cc. in cui poi si sterilizzerà a bagno-maria o in autoclave. L'iniezione endovenosa va fatta in due o tre volte a intervalli di 3-5 minuti. La prima lastra si prende dopo 15-20', le altre tre 25' dopo. In caso di visualizzazione ritardata si prenderanno lastre anche più tardi e solo se dopo tre ore la visualizzazione è assente si potrà concludere per una assenza di visualizzazione. Questa, sebbene ritardata, è in generale ottima anche in casi di ostruzione da calcolo ureterale, da ipertrofia prostatica e da restringimento ureterale. La compressione mediante cuscinetto di gomma rigonfio d'aria facilita la visibilità e rende più netti i contrasti. La somministrazione di 50-60 gr. in soluzione al 40 % dà radiogrammi più densi e più chiari. Però la dose di 40 gr. è sufficiente sempre e qualche volta sono bastati 20 gr. Per i bambini la dose è la seguente: a 6 mesi da 10-12 gr; 2 anni 14 gr; 4-6 anni 16 gr.; 6-9 anni 20 gr.; 9-13 anni 25 gr.; 13 anni 25-30 grammi.

Durante l'iniezione si ha sete e senso di calore transitori. Raramente si ha nausea e vomito e dolore al braccio, ma anche questi sono fenomeni transitori. L'infiltrazione perivenosa può dare dolore, ma non necrosi. Non si ha trombosi venosa, nè alterazione della funzionalità renale.

L'indicazione della radiografia coll'uroselectan si ha nei casi in cui la cistoscopia, il cateterismo ureterale e la pielografia retrograda sono impossibili e pericolosi.

Contro indicazione è l'uremia, per cui questa si dovrà sempre saggiare prima. La tubercolosi polmonare non è una controindicazione. L'iodio introdotto coll'uroselectan non venne riscontrato nel sangue circolante nelle prime osservazioni, ma successivamente esso vi fu trovato circa 10 ore dopo l'ingestione di 50 gr. Piccola quantità di iodio si rinviene nelle feci e nell'espettorato.

Nella stessa rivista Leopold Jaches tratta il medesimo argomento diffondendosi in modo particolare su dettagli radiologici. Lichtwitz e Binz, presenti alla riunione della Sezione di urologia della Sessione annuale del 1930 dell'Amer. Medic. Assoc. a Detroit, in cui furono comunicati i due articoli succitati, aggiunsero interessanti dettagli riguardanti specialmente la chimica del preparato.

R. LUSENA.

ENDOCRINOLOGIA.

Considerazioni generali sulle funzioni endocrine dell'ipofisi anteriore.

L. BROUHA e H. SIMONNET. *Paris Médical*, novembre 1930).

Mentre per lungo tempo l'ablazione del lobo anteriore dell'ipofisi è stata ritenuta come mortale, lavori recenti hanno dimostrato che, se l'operazione è praticata in modo da evitare ogni compressione cerebrale secondaria, la sopravvivenza degli animali operati è generalmente assicurata per parecchi mesi. In seguito all'ablazione però si osservano disturbi solo se viene asportata la quasi totalità del lobo anteriore. L'ablazione del solo lobo posteriore generalmente non produce alcun sintomo patologico.

L'ablazione dell'ipofisi praticata nell'animale giovane provoca regolarmente ed immediatamente l'inibizione della crescenza generale e la persistenza dei caratteri infantili. Nell'animale adulto l'operazione provoca perdita di peso, scomparsa totale delle manifestazioni sessuali con degenerazione profonda del tratto genitale. In tutti gli animali, giovani o adulti, si osserva inoltre atrofia della tiroide, delle paratiroidi e della corteccia surrenale. Quando l'operazione è stata realizzata in buone condizioni, non vi è adiposità. L'ipofisectomia non provoca dunque la comparsa di una sindrome adiposo-genitale, come si dovrebbe credere basandosi sui dati forniti dalle osservazioni cliniche. In effetti, le opinioni degli AA. variano circa la comparsa del fattore adiposità. Le esperienze di Smith permettono di dare una interpretazione a queste divergenze, in quanto permettono di dissociare la sindrome ipofisaria pura dalla sindrome tuberina e dalla sindrome adiposo-genitale. Smith ha realizzato l'ablazione del lobo anteriore dell'ipofisi per via transfenoidale e, badando di non ledere la base del cervello, ha ottenuto la regressione genitale precedentemente descritta senza alcuna adiposità. Questi disturbi non si producono o sono fortemente attenuati se si lascia in posto un frammento di lobo anteriore. D'altra parte, creando per via temporale delle lesioni della regione ipotalamica senza toccare l'ipofisi, Smith ha ottenuto regolarmente nel ratto la comparsa di una sindrone tuberina caratterizzata da sintomi molto differenti da quelli che seguono all'ipofisectomia. Si sviluppa uno stato di adiposità estrema; l'atrofia sessuale è molto meno pronunciata ed i cicli dell'estro persistono, benchè irregolari. La sindrome ipofisaria e la sindrome tuberina sono dunque due entità distinte, ciascuna con le sue particolarità; la loro coesistenza è necessaria perchè si manifesti la sindrome adiposo-genitale È probabile che, secondo l'importanza relativa della lesione ipofisaria e della lesione del *tuber*, l'adiposità e la degenerazione genitale assumono importanza variabile l'una in rapporto dell'altra, e ciò può spiegare le modalità della sindrome adiposogenitale in patologia umana.

L'innesto quotidiano di lobo anteriore fresco, tecnica immaginata da Smith nel 1926, permette non solamente di correggere tutti i disturbi dovuti all'ipofisectomia, ma ancora di provocare, quando è fatta nell'animale normale, uno stato di iperpituitarismo sperimen-

tale, caratterizzato principalmente da una stimolazione delle ghiandole sessuali e della tiroide. Risultati analoghi si ottengono con l'impiego di alcuni estratti del lobo anteriore, con i quali si può anche ottenere la comparsa del gigantismo e della sindrome acromegalica con manifestazioni che si avvicinano singolarmente a quelle che si osservano nel corso di questi due stati patologici in clinica umana.

L'innesto quotidiano intramuscolare di piccoli frammenti di lobo anteriore fresco provoca nella femmina impubere del ratto la comparsa precoce della pubertà. Questo effetto è ottenuto con una rapidità impressionante. Il maschio è ugualmente sensibile all'azione pituitaria, ma risponde meno presto.

Nel maschio adulto non si osserva alcuna modificazione ponderale o anatomica del tratto genitale, ma l'attività sessuale aumenta nettamente. Poichè tanto gli innesti che gli estratti restano senza effetto negli individui castrati dell'uno e dell'altro sesso, è possibile concludere che il lobo anteriore agisce sulla sfera genitale per mezzo delle ghiandole sessuali. La funzione delle ghiandole sessuali dipende dunque da quella del lobo anteriore dell'ipofisi.

La realizzazione sperimentale del gigantismo e dell'acromegalia non è possibile con il metodo degli innesti; può essere invece ottenuta con le iniezioni ripetute di alcuni estratti dell'ipofisi anteriore. L'azione degli estratti è generale e non dipende dalla presenza delle ghiandole sessuali. Accanto all'azione generale che porta al gigantismo, questi estratti possiedono ugualmente un'azione sul tratto genitale maschile e femminile e precisamente un'azione inibitrice. Nel cane l'iniezione di questi estratti provoca la formazione di uno stato che si può qualificare di acromegalia sperimentale.

La sindrome acromegalica sperimentale si realizza più o meno nettamente nel corso della gravidanza normale, stato che coincide con una ipertrofia dell'ipofisi e con la presenza nelle urine di un principio attivo analogo all'ormone sessuale dell'ipofisi anteriore. In effetti, durante la gravidanza si possono osservare nella femmina sintomi di acromegalia frusta. L'esperienza dimostra che questa ipertrofia ipofisaria non è primitiva, ma dipende da modificazioni che la gravidanza provoca nell'organismo.

In effetti, gli AA. hanno osservato che l'iniezione massiva di follicolina o l'innesto ripetuto di placenta provoca a livello del lobo anteriore delle modificazioni istologiche analoghe a quelle che si osservano durante la gravidanza. Vi è dunque un'azione delle ghiandole sessuali sullo stato anatomico e molto probabilmente sul funzionamento del lobo anteriore dell'ipofisi. Questa iperfunzione sembra tradursi in una superproduzione di ormone ipofisario anteriore che può essere ritrovato nel sangue e nelle urine, più tardi nella placenta stessa. Il fatto della presenza di ormone ipofisario nelle urine delle donne subito dopo la fecondazione ha permesso agli AA., in collaborazione con Hinglais, di stabilire un nuovo procedimento per la diagnosi della gravidanza.

A queste esperienze si può obiettare che alcune di esse sono state eseguite utilizzando degli estratti ghiandolari e noi non sappiamo fino a che punto gli effetti così ottenuti corrispondono all'attività normale o esagerata del lobo anteriore. La questione non può essere decisa dal punto di vista chimico, è però interessante constatare che nel problema ipofisario, da una parte lo studio dell'apituitarismo e dall'altra lo studio dell'iperpituitarismo, realizzato sia per innesto sia con gli estratti, forniscono dei risultati che sono in accordo perfetto con quelli che dà l'osservazione clinica. C. TOSCANO.

Ormone follicolare ed ovaio.

(S. SCAGLIONE. *Riv. It. Ginecol.*, XI, f. V, novembre 1930).

Sul rapporto tra ormone follicolare ed ovaio esistono ancora divergenze: Zondek e collaboratori negano un'azione dell'ormone follicolare sull'ovaio, mentre altri autori ammettono tale diretta influenza, ed asseriscono che l'ormone follicolare produce sull'ovaio le stesse modificazioni che gli estratti del lobo ipofisario anteriore. Si sa che la castrazione produce una notevole modificazione nella istologia del lobo anteriore dell'ipofisi; ora le modificazioni dell'ovaio osservate da alcuni AA. in seguito a trattamento con estratto follicolare sono da attribuire all'azione diretta di questo estratto sull'ovaio, oppure si deve pensare che l'ovaio venga stimolato secondariamente per le modificazioni morfologiche e funzionali che si stabiliscono eventualmente nel lobo ipofisario anteriore?

Per stabilire quindi se le modificazioni osservate nell'ovaio degli animali impuberi, trattati con ormone follicolare, dovessero mettersi in rapporto con le eventuali modificazioni determinate da questi ormoni sul lobo ipofisario anteriore, e quindi essere l'effetto di queste modificazioni, l'A. ha istituito una serie di ricerche, iniettando a cavie impuberi di sesso femminile estratto follicolare, e sacrificandole entro un periodo più o meno lungo.

In complesso le ricerche hanno messo in evidenza che le dosi piccole di follicolina non producono alcuna modificazione sia nell'ovaio, sia nell'ipofisi; dosi maggiori invece producono una evoluzione rapida dei follicoli nell'ovaio, con maturazione di alcuni di essi e formazione di corpi lutei; nell'ipofisi si nota iperemia spiccata con aumento sopratutto del

primo tipo delle cellule con granuli eosinofili; con un ulteriore trattamento con l'ormone follicolare nell'ovaio si osserva la presenza di numerosi corpi lutei con l'arresto della maturazione dei follicoli e comparsa di numerosi follicoli atretici; nell'ipofisi una riduzione notevole delle cellule cromofobe con aumento specialmente della seconda varietà delle cellule eosinofile, della colloide e dei lipoidi.

Dalle presenti ricerche appare che le modificazioni osservate a carico dell'ovaio in seguito ad iniezioni di ormone follicolare sono dovute probabilmente non ad un'azione diretta di questo ormone sull'ovaio, ma ad una modificata funzione del lobo ipofisario anteriore determinata dalla quantità notevole di estratto follicolare introdotto negli animali di esperimento. L. CARUSI.

La dualità ormonica della secrezione interna glicoregolatrice del pancreas.

(D. SANTENOISE. *Presse méd.* n. 91, nov. 1930).

Le numerose ricerche sull'asportazione totale del pancreas hanno messo in evidenza l'attività della secrezione interna di tale organo, e la sua azione sugli idrati di carbonio nei tessuti e sulla funzione glicopessica del fegato. Tali esperienze hanno avuto una sicura conferma dall'estrazione dell'insulina dalle isole di Langerhans.

Tuttavia questa funzione duplice dell'ormone pancreatico di cioè favorire l'utilizzazione degli idrati di carbonio nei tessuti, e di agire sulla riserva di glicogeno epatico, facilitandone la fissazione, fu variamente interpretata, e si pensò ad un duplice ormone pancreatico con speciali caratteristiche, e qualche AA. riconobbe all'insulina una duplice funzione: insulina per la combustione ed insulina per il glicogeno.

Le numerose ricerche dell'A. e di suoi collaboratori hanno potuto mettere in evidenza che realmente esistono due ormoni del pancreas, dei quali uno agisce sul catabolismo degli idrati di carbonio, ed uno, da essi chiamato *vagotonina*, agisce regolando la glicopessia epatica.

Tale affermazione è confermata dalle seguenti ricerche ed osservazioni sperimentali.

Per antiche osservazioni, era stato notato che il pancreas era deputato, mercè la secrezione interna, a mantenere l'eccitabilità riflessa ed il tono dei centri pneumogastrici; questa secrezione che veniva versata in circolo era diversa dall'insulina, ed era indispensabile a mantenere l'attività normale del vago. Infatti la pancreatectomia era seguita da una intensa diminuzione dell'eccitabilità e del tono dei centri pneumogastrici, rappresentata dalla modificazione della curva della pressione delle carotidi quale l'accelerazione del ritmo cardiaco, la diminuzione dell'ampiezza delle contrazioni, il rallentamento del ritmo respiratorio, la scomparsa dell'aritmia cardiaca respiratoria, ed anche dalla diminuzione considerevole dell'intensità del riflesso oculo-cardiaco.

Queste osservazioni permettevano di supporre che il pancreas versa in circolo una sostanza che mantiene il tono del vago.

Tale opinione è confermata da altre esperienze: la reiniezione di sangue fortemente vagotonico in animali poco vagotonici accresce l'eccitabilità del vago di questi ultimi, mentre l'iniezione di sangue ipovagotonico non produce alcuna modificazione. Per stabilire che questa sostanza presente nel sangue circolante provenga dal pancreas altri esperimenti sono stati istituiti, e s'è notato che il sangue prelevato prima dell'asportazione del pancreas contiene una sostanza vagotonica, che scompare dopo la pancreatectomia. Inoltre il sangue efferente dal pancreas, prelevato dalla vena pancreatica ha la medesima azione sull'eccitabilità del vago.

Questo potere vagotonico dell'ormone pancreatico è forse dovuto all'insulina?

Per diverse ricerche s'è potuto stabilire che mentre le insuline preparate secondo i primi metodi di estrazione del 1923 presentavano una netta e forte azione vagotonica, le insuline preparate più recentemente, e con metodi più precisi di purificazione, non modificavano il riflesso oculo-cardiaco. Ciò faceva supporre che l'ormone vagotonico non fosse identificabile con l'insulina, perchè l'azione delle insuline sul vago era diversa, e perchè tale azione scompariva se si spingeva la purificazione dell'insulina al massimo.

Quindi era possibile che questa sostanza vagotonica fosse estratta insieme all'insulina ed agisse in uno con l'insulina.

A tale scopo, l'A. insieme a Pénau ha sottoposto l'estratto pancreatico a successive precipitazioni ed estrazioni, ed ha potuto ottenere una sostanza ipoglicemizzante e non vagotonica, ed una sostanza fortemente vagotonica, detta vagotonina pancreatica.

Per stabilire che la vagotonina era completamente priva d'insulina, se n'è studiato il comportamento nei confronti della glicemia, e s'è notato che essa ha un'azione ipoglicemizzante più intensa e duratura dell'insulina; e che quest'azione non sia dovuta a quantità anche minime di insulina emerge dalle seguenti osservazioni:

1) La sostanza vagotonica è stata sottoposta a successive serie di sostanze precipitanti o dissolventi dell'insulina, e con la sostanza ottenuta s'è notato ugualmente una ipoglicemia che ha oltrepassato il 40 % con dosi piccolissime.

2) La sostanza vagotonica è stata trattata con soda, risultando da ricerche di altri AA. che la soda distrugge l'azione ipoglicemica dell'insulina; anche in queste prove la vagotonina ha conservato il suo potere ipoglicemico. Quindi la vagotonina ha un potere proprio ipoglicemico. Questo potere è messo meglio in evidenza, allorchè si confrontano le curve ipoglicemiche che si ottengono con l'insulina e con la vagotonina. Infatti l'iniezione endovenosa di insulina non vagotonica produce una caduta rapida ed intensa della glicemia, ma di breve durata, non oltrepassando le 2-3 ore; invece con la vagotonina si ottiene una caduta della glicemia progressiva e più duratura che si mantiene fino a 6-7 ore o più. L'uso dell'insulina e vagotonina insieme danno una curva ipoglicemica che è la risultante dei due tipi di ipoglicemia.

Da ciò si conclude che i due ormoni pancreatici intervengono nella glicoregolazione con modalità differenti.

Questa duplice modalità risulta evidente anche da altre ricerche, le quali hanno potuto confermare, mercè la resezione dei pneumogastrici, che l'insulina esercita il suo potere ipoglicemico senza l'intervento dei nervi pneumogastrici, mentre la vagotonina lo esercita per mezzo dell'attività funzionale del vago.

Infine per cause inspiegabili in certi animali in cui la vagotonina non agisce sul pneumogastrico, la sua iniezione non produce ipoglicemia, mentre l'insulina si mostra perfettamente attiva.

I fatti riferiti porterebbero alla conclusione che l'insulina e la vagotonina agiscono in modo differente nel produrre l'ipoglicemia, e propriamente l'insulina sembra agire direttamente nei tessuti sul catabolismo degli idrati di carbonio, mentre la vagotonina sembra agire con l'intermediario del pneumogastrico.

Il meccanismo vagale di questa ipoglicemia poteva condurre a diverse ipotesi: la vagotonina eccita attraverso il vago la secrezione insulinica del pancreas; ma esperienze hanno dimostrato che in animali spancreatizzati si ottiene ugualmente l'ipoglicemia da vagotonina, così come si ha l'eccitabilità del vago.

Si poteva supporre che la vagotonina agisse sul rene, o sull'equilibrio delle ghiandole endocrine; invece più probabilmente doveva supporsi che la vagotonina agisse sulla formazione o fissazione del glicogeno epatico. Questa opinione permette d'interpetrare le opinioni contradittorie degli AA. sull'azione dell'insulina nei riguardi del glicogeno epatico, nel senso che i risultati variano a secondo che sia stata usata una insulina pura o con vagotonina, ed inoltre di precisare per qual meccanismo, sia ormonico o nervoso, il pancreas presiede alla funzione normale glicopessica del fegato.

Ricerche sperimentali dell'A. hanno portato alle seguenti conclusioni:

1) Esiste uno stretto parallelismo tra l'eccitazione riflessa del vago e la ricchezza del fegato in glicogeno.

2) Il pancreas presiede alla fissazione del glicogeno epatico per mezzo della vagotonina che agisce con l'intermediario del vago; infatti la pancreatectomia fa scomparire il glicogeno epatico ed il R.O.C.; vi è un rapporto tra R.O.C. e glicogeno epatico; l'iniezione di vagotonina fa comparire il R.O.C. ed il glicogeno epatico, ciò che non avviene a vago sezionato.

3) È la vagotonina e non l'insulina che agiscono nel promuovere la fissazione del glicogeno epatico. Infatti l'insulina non aumenta ma anzi diminuisce il glicogeno epatico; l'unione insulina-vagotonina si comporta a secondo della prevalenza di uno degli ormoni.

Dal complesso di queste importanti ricerche, condotte con spirito obbiettivo, emerge che il pancreas secerne due ormoni, di natura diversa, che agiscono con un duplice meccanismo, ma che entrambi hanno un'azione sulla glicoregolazione; dal punto di vista fisiologico, tali ricerche portano la luce su diversi punti controversi; dal punto di vista fisio-patologico l'associazione insulina-vagotonina, oppure le insuline preparate con i primitivi metodi agiscono in modo più intenso e secondo un concetto più razionale, e permettono di curare in modo migliore i diabetici e di equilibrare il loro bilancio degli idrati di carbonio.

L. CARUSI.

SIEROLOGIA.

Sul trattamento sierologico della peritonite.

(KUNZ. *Zent. f. Chir.*, 1930, n. 45).

L'alta mortalità in seguito a peritonite da appendicite perforata spiega i tentativi che si fanno per un miglioramento.

Schönbauer usava il lavaggio con la soluzione di acido cloridrico e pepsina; Löhr con la soluzione di cloruro di sodio al 3 %.

Friedemann usa le infusioni permanenti endovenose. Il mezzo più recente è quello sierologico. Dopo il primo impiego di un siero antitossico per il coli usato da Katzenstein molti chirurgi hanno seguito l'esempio con buoni risultati riferiti da Henning, da Petrykowski.

Löhr dopo le ricerche di Zeissler crede che una gran parte dei sintomi peritoneali siano dovuti a tossine di germi anaerobi per cui ha cercato una sieroterapia rivolta in questo senso.

Nella flora batterica dell'appendice è stato ritrovato da Veillon e Lieber il bac. perfringens e da Löhr e Rassfeld nelle appendiciti gangrenose fino a 4 specie di anaerobi. Così dall'Istituto Pasteur, secondo Weinberg, è stato

preparato un siero polivalente, detto antigangrenoso, per il trattamento dell'appendicite. Michel e Mathieu hanno trattato con questo siero 35 casi di appendicite gangrenosa con una guarigione del 91,5 % e Weinberg dice che l'uso in Francia è molto diffuso e vari chirurgi l'impiegano come mezzo profilattico dopo l'appendicectomia.

Perchè il siero sia efficace occorre che contenga l'antiperfringens ed ancora maggiormente l'anticoli e l'antistreptococco. Sembra anche che questo siero misto abbia un'azione non specifica.

Il siero misto dell'Ist. Pasteur usato nell'appendicite contiene: siero antiperfringens 40 cmc., antisporigeno 20 cmc., antioedematicus (bacillo di Novy) 20 cmc., antivibrione settico 10 cmc., antistolitico 10 cmc.

Il miscuglio viene iniettato insieme con 500 cmc. di soluzione fisiologica. In Germania e in Austria sono preparati sieri identici che mancano però dell'antisporigeno ed il siero misto va sotto il nome di siero Höchst per peritoniti.

Con esso nella Clinica Chirurgica di Gratz sono stati trattati 37 casi di peritonite per appendicite perforata di cui 21 erano casi gravi di peritonite diffusa.

Di essi morirono solo 4 e di questi 3 presentavano già all'operazione paralisi intestinale.

Il siero veniva usato: 25 cmc. per via endovenosa e 50 cmc. per via sottocutanea. Nei casi gravi il siero venne ripetuto per 3-4 giorni dopo l'operazione e solo una volta notarono un esantema da siero.

Per quanto il numero dei casi sia ancora piccolo si può dire che il metodo dà un buon risultato. E' sorprendente lo stato generale buono dei malati il giorno seguente all'operazione dopo l'iniezione della prima dose di siero, specialmente in quei casi che hanno assunto l'aspetto di intossicazione.

I risultati sono ancora più soddisfacenti se si fa il paragone fra i peritonitici non trattati e questi trattati. Fra quelli nella stessa clinica si aveva una mortalità del 27 %, fra questi il 10,8 %. È ovvio ricordare che il trattamento sierologico si deve usare in appoggio al trattamento chirurgico e non in concorrenza con questo.

R. BRANCATI.

Sieroanafilassi e raggi.

(L. CAPPELLI. *Radiol. Med.*, XVII, f. 11, novembre 1930).

In questo studio, che viene a completare una serie di ricerche sull'argomento, di cui abbiamo già precedentemente riassunto un lavoro, il Cappelli ha esaminato l'azione dei raggi sull'anafilassi.

Premesso che le radiazioni agiscono soltanto sulla parte generica della sindrome dovuta alla sensibilizzazione, senza che possano avere alcuna azione specifica, le ricerche furono condotte su conigli che venivano preparati alla scarica anafilattica con siero di cavallo.

In un lotto di conigli fu iniettato del siero di cavallo, ed allorchè la carica fu provata positiva, in alcuni si fece un'unica irradiazione sull'addome, in altri no; l'iniezione di siero negli animali irradiati non provocò che transitorio abbattimento, mentre in quelli non irradiati si scatenò uno *choc* gravissimo fulminante.

In un'altra esperienza l'irradiazione fu fatta precedere anzichè seguire l'iniezione di siero; in questo caso l'azione dell'irradiazione non annullò con la stessa modalità che nel caso precedente l'effetto della iniezione scatenante.

Altre esperienze di controllo confermarono che le radiazioni provocano un effetto antagonista alla preparazione anafilattica, elidendo lo *choc*, ed attenuando notevolmente la crisi susseguente alla iniezione scatenante; questa tendenza attenuante delle irradiazioni sullo stato anafilattico è più marcata se cade subito sull'effetto sensibilizzante prodotto da ogni singola iniezione.

Come spiegare l'azione dell'irradiazione sull'anafilassi?

Se l'essenza dell'anafilassi ci sfugge tuttora, si sa però che lo *choc* è legato a quel particolare stato di rottura della stabilità colloidale, indicato col nome di *flocculazione*. Occorreva pertanto stabilire i rapporti che vi erano tra irradiazione e flocculazione, e se la prima attenuasse in pari tempo la flocculazione e lo *choc*. Esperimenti istituiti in tal senso hanno messo in evidenza che le irradiazioni tendono a svolgere un'attività fisico-chimica sui colloidi vitali, ostacolante il fenomeno precipitante spontaneo del siero di coniglio, all'infuori di ogni preparazione; tale preparazione mentre prepara lo stabilirsi della carica anafilattica, crea condizioni fisico-chimiche determinanti il fenomeno della flocculazione. Le irradiazioni in tali casi attenuano in pari tempo la carica e la flocculazione, non che i fenomeni fisio-patologici della crisi e dello *choc* anafilattico. Verificandosi il fenomeno attenuazione anche nei sieri irradiati *in vitro*, ne consegue che le irradiazioni agiscono direttamente sullo stato colloidale dei plasmi vitali, senza alcun concorso dell'attività cellulare; quindi è un puro fenomeno di fisica colloidale.

L'esatta conoscenza delle condizioni fisicochimiche che determinano la flocculazione anafilattica potrebbe portare una maggior luce nella spiegazione delle modificazioni fisicochimiche provocate direttamente dalle irradiazioni sui biocolloidi organici.

L. CARUSI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

CHAJES B. *Kompendium der sozialen Hygiene*. Vol. di pag. 167, III ediz. Kornfeld, Lipsia, 1930. R.M. 11,40.

Questo manuale di igiene sociale è ben conosciuto e ne fa fede il rapido susseguirsi delle edizioni e le traduzioni in varie lingue che ne sono state fatte. I capitoli sull'igiene delle abitazioni, sulla alimentazione sono ricchi di dati statistici interessanti. In capitoli estesi sono trattate le malattie sociali, l'igiene del lavoro, l'eugenica.

Il libro, che interessa oltre i medici quanti si occupano dei problemi sociali, è scritto in forma piana, senza prolissità, con abbondanza di dati ben illustrati. P. VALDONI.

The Foundation Rockefeller. Annual Report, 1929. Un vol. in-8°, di pagg. 402, con tav. - The Rockefeller Foundation, New York.

In questo rapporto per il 1929 della benefica Fondazione Rockefeller, troviamo, oltre al resoconto finanziario ed amministrativo, quello tecnico riguardante l'educazione igienica, la febbre gialla, la malaria, l'anchilostomiasi e l'organizzazione dell'igiene pubblica. L'importanza dell'opera compiuta si può valutare, fra l'altro, dagli assegni di spesa per il 1929, che ammontano a dollari 3.594.485.

Molti furono gli aiuti ed i contributi forniti alle diverse nazioni (in Italia, specialmente per la lotta antimalarica e per il rifornimento di librerie mediche di Università), non soltanto per le scienze mediche, ma altresì per quelle naturali, per le scienze sociali nonchè per quelle storiche ed archeologiche, un nuovo ramo della vasta e multiforme attività di questa Fondazione, che si spande per tutto il mondo. *fil.*

Atti dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni. Vol. I, in-8°, di pagg. 362. Istituto Nazionale delle Assicurazioni, Roma.

Il sen. avv. Salvatore Gatti, presidente dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, ha istituito nel 1928 una serie di lezioni e di conferenze riguardanti i problemi assicurativi, vasto campo in cui si integrano le discipline statistico-attuariali, quelle giuridico-sociali e quelle mediche. L'eccellente iniziativa ha avuto un successo notevole, dimostrando quanto era sentito anche da noi il bisogno di una profonda cultura in questa materia che viene assumendo tanta importanza nella vita sociale e che troppo spesso, e non solo dalle masse, viene considerata con un pericoloso dilettantismo.

Questo primo volume, oltre ai discorsi inaugurali e la prolusione del prof. Amoroso, comprende 19 conferenze riguardanti le questioni assicurative (in cui, fra l'altro, si esamina lo stato del problema assicurativo in altri paesi), quelle economiche, quelle giuridiche, le attuariali e matematiche. I medici e gli igienisti si interesseranno particolarmente alle questioni demografiche, trattate in conferenze dai proff. C. Gini, F. Vinci e M. Boldrini.

Auguriamoci di vedere presto seguire a questo gli altri volumi che ci dimostrano la fervida attività del nostro Istituto delle Assicurazioni. *fil.*

P. ROCA PUIG. *A la futura madre*. Un volume in-16°, di 244 pagg., con 84 figg. - Ediciones « Pro Raza », Barcellona, 1930. Prezzo Pesetas 8.

Alla futura madre, dedica giustamente l'A. questo suo libro che inizia felicemente la Collezione « Per la razza ». Descrive in esso, ampiamente, con chiarezza e col sussidio di evidenti figure schematiche, l'anatomia e la fisiologia dell'apparato genitale femminile, la gravidanza, dando utili consigli per l'igiene di questa. Passa poi al parto, accennando ai fenomeni che in esso si verificano e diffondendosi specialmente sull'assistenza, indi al puerperio ed all'assistenza del bambino.

Libro scritto, oltre che con competenza, con fede e con amore, che si presenta anche elegante dal lato editoriale, ed avrà certamente una larga diffusione. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Reale Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 27 febbraio 1931 - IX.

Presidente: prof. BALP.

Risultati dell'artrolisi tibio-astragalica secondo Camera.

Dott. A. FUSARI. — La statistica consta di 28 casi e rimasero in osservazione da sei anni ad un anno.

In 20 malati si trattava di equinismo del piede consecutivo a poliomielite e in 8 di equinismo spastico. Il risultato funzionale è stato buonissimo; solo in due operati vi è stato un ritorno alla deviazione in equinismo. Dalle radiografie si può seguire l'evoluzione dell'innesto osseo, che viene gradatamente a trasformarsi in una vera apofisi articolare dell'astragalo, funzionante da dente di arresto. La frattura della stecca si è verificata in otto casi, sette dei quali si riferivano a bambini di età inferiore ai 6 anni. Tale maggiore frequenza della frattura dell'innesto nei bambini più piccoli deve essere posta in relazione con le condizioni anatomiche dell'astragalo, il quale è in quell'età circondato da un rilevante guscio cartilagineo.

Seduta del 27 febbraio 1931 - IX.

Presidente: prof. BALP.

Confronto tra glicemia e lo zucchero di bolle preformate dopo somministrazione orale di zucchero in individui normali.

Prof. A. V. FERRARI. — Alla sera applicava cinque vescicanti ed al mattino successivo determi-

nava lo zucchero del sangue e di una bolla, poscia somministrava 100 gr. di zucchero per os, sciolti in 300 cmc. di acqua e ripeteva i dosaggi dello zucchero nel sangue e nel liquido di bolla dopo 1/2 ora, 1, 2, 3 ore.

Osservò che la quantità di zucchero del liquido di bolla è in genere poco più del 50 % di quello del sangue, risultato che concorda abbastanza con i valori ottenuti da Urbach sulla cute in toto.

In secondo luogo ha constatato che la bolla non si comporta come un qualche cosa di inerte innestato in seno ai tessuti, ma continua a partecipare attivamente agli scambi coi liquidi circolanti seguendone le variazioni. Mentre si rileva un parallelismo perfetto nella salita della curva dello zucchero del sangue e del liquido di bolla, la discesa ai valori normali si compie in genere molto più lentamente nel liquido di bolla. L'O. ritiene di poter credere che questa lentezza possa essere dovuta o ad una fissazione dello zucchero da parte della pelle od all'azione dei liquidi interstiziali che prendono parte alla formazione della bolla.

Esperienze cliniche sulle anticutine e le procutine.

Dott. A. MASIÀ. — Seguendo la tecnica usata da Lowenstein e Pickert ha eseguito la ricerca delle così dette anticutine nel sangue circolante di 50 pazienti affetti da forme tubercolari varie (cutanea, ossea, polmonare) ed ha ottenuto una inibizione della reazione tubercolinica in un numero molto esiguo di casi, cioè nel 4 %. Identica percentuale ha ottenuto nella ricerca delle procutine mescolando sangue liquido di bolla alla tubercolina ed il 37,85 % se alla tubercolina mescolava liquido interstiziale della papula tubercolinica stessa, liquido ottenuto dal pavimento della bolla medesima con l'aspirazione per mezzo di coppette.

L'O. ha continuato sperimentalmente a studiare se questo rinforzo fosse dovuto ad un fattore specifico o non piuttosto ad una sostanza flogogena aspecifica, ed ha potuto trovare che anche il liquido estratto da papula da neve carbonica, è capace di rinforzare l'azione della tubercolina in una percentuale di casi ad un dipresso eguale a quella constatata, adoperando il liquido estratto da papula tubercolinica. Il rinforzo della reazione tubercolinica deve essere attribuito al carattere infiammatorio del liquido. Usando però questo liquido aspecifico ha notato che le reazioni erano meno intense che con quelle ottenute con tubercolina e liquido interstiziale specifico.

Sulla reazione allergica del pus di adenite venerea.

Dott. F. FRANCHI. — Ha eseguito delle ricerche su 40 ammalati, così suddivisi: 1) portatori di ulcere veneree complicate da adenite, datori del materiale; 2) portatori di ulcere veneree non complicate; 3) p. che in passato avevano avuto ulcere veneree; 4) sifilitici blenorragici e cutanei che escludevano in modo assoluto di aver avuto ulcere veneree.

L'intradermoreazione fu eseguita oltrechè collo *Dmelcos* anche col pus di adenite venerea, trattato sec. il metodo di Frei.

I risultati delle esperienze sono: 1) il pus di adenite venerea ha provocato reazioni positive negli individui portatori di ulcere molli; la reazione è stata più scarsa negli individui affetti molto tempo prima; 2) l'iniezione di sospensione di leucociti provoca in buona parte dei casi reazioni positive; 3) il vaccino preparato con i germi accidentali isolati dal pus, provoca reazioni specifiche ed abbastanza intense; 4) il vaccino Dmelcos ha dato reazioni specifiche intense e durature in tutti i p. che hanno o che hanno avuto ulcere veneree; 5) la reazione provocata dal pus si può ritenere sia specifica, però alla sua insorgenza concorre sia pure in piccola parte un fattore aspecifico.

Variazioni della riserva alcalina in seguito ad irradiazioni ultraviolette sulla cute normale, eczematosa e psoriasica.

Dott. L. TROSSARELLI. — Dallo studio di 54 p. ha trovato: 1) che l'azione dei raggi ultra-violetti sulla cute sana di individui sani od affetti da svariate malattie interne leggere determina quasi sempre un aumento della ris. al. nel sangue; che questo aumento oscilla fra limiti abbastanza ampi; 2) che l'aumento della riserva alcalina inizia con la comparsa dell'eritema, si mantiene per poche ore e ritorna al valore primitivo o quasi 24 ore dopo l'irradiazione.

Anche in individui che presentano lesioni psoriasiche e eczematose ha trovato un aumento della riserva alcalina, che non raggiunge però cifre così elevate come negli individui del gruppo precedente.

La pelle dunque costituisce un organo della regolazione della riserva alcalina.

VILLATA.

Associazione Medica Triestina.

Circolo di Coltura del Sind. Fascista Medici.

Riunione scientifica del 2 gennaio 1931.

Presidente: dott. A. COFLERI.

Resezione del nervo presacrale e simpatectomia chimica nelle turbe dolorose e funzionali ginecologiche.

Dott. TAGLIAFERRO. — L'O. accenna rapidamente all'anatomia e fisiopatologia del simpatico pelvico per descrivere i vari interventi proposti nel trattamento dello stesso, soffermandosi in particolare sulla resezione del nervo presacrale e sull'isofenalizzazione del plesso spermatico. Constata l'identità dei risultati ottenuti dai vari AA. con interventi tanto differenti come la simpatectomia ipogastrica e la resezione del n. presacrale, sopratutto per quanto riguarda le algie genitali con reperto anatomico negativo; da un tanto, anche in base alla sua esperienza personale, sarebbe indotto a ritenere che la parte essenziale del meccanismo d'azione di questi interventi è dovuta alla diminuzione del tono delle fibre efferenti in seguito alla interruzione delle fibre afferenti, effetto che si esplica non soltanto nella zona circoscritta corrispondente agli elementi aggraditi, ma anche a distanza come lo riprovano le modificazioni osservate colla simpatectomia della femorale non solo sull'arto inferiore dell'altro lato ma persino anche sui superiori. I vari interventi sarebbero perciò indicati a curare stati di ipertonia del simpatico pelvico e sarebbero usabili in tutti i casi nei quali è desiderata un'ipotonia del simpatico pelvico (processi infiammatorii, amenorree e forse nelle polimenorree e congestioni uterine). Non è propenso ad usare interventi del genere nella frigidità e nella ipereccitabilità ses-

suale, considerando tali turbe più in rapporto alla sfera psichica che in nesso con disfunzioni locali influenzabili con interventi sul simpatico pelvico. Gli effetti ottenuti in questo senso non sono costanti e può avvenire benissimo che sieno diametralmente opposti a quelli desiderati; perciò non sarebbero utilizzabili. L'aumento dell'estro sessuale così ottenuto talvolta non di rado viene risentito in maniera sgradevole dal paziente e rappresenterebbe perciò un inconveniente dell'intervento se l'esperienza non dimostrasse la sua transitorietà e la facile influenzibilità anche con piccole dosi di valeriana. Per quanto riguarda la indicazione più usuale, i dolori senza reperto anatomico, esisterebbe un'indicazione per l'intervento soltanto quando una cura prolungata ed eventualmente la psicoterapia si dimostrasse inefficace. L'innocuità della resezione del n. presacrale e della isofenalizzazione del plesso spermatico permette la più ampia applicazione di questi interventi nelle laparatomie esplorative. Per quanto riguarda la scelta dell'intervento, nel caso che l'esperienza dovesse dimostrare che i risultati ottenuti colla isofenalizzazione del plesso spermatico sono permanenti, alla stessa si dovrebbe dare la preferenza, essendo la più agevole.

Dott. DE GRISOGONO. — Il dott. Tagliaferro ha citato fra altri anche il mio lavoro sulla resezione del nervo simpatico presacrale pubblicato negli « Annali di Ostetricia e Ginecologia » al principio del 1929, nel quale riportavo una statistica di 30 casi operati nel mio reparto, che era allora la più numerosa d'Italia. Non ripeterò cose già dette e che hanno trovato conferma anche dall'esperienza del dott. Tagliaferro, e mi limito pertanto a sottoscrivere le sue osservazioni e anche altri suoi particolari rilievi. Credo però di dover opporre qualche prudente riserva per quanto riguarda le sue deduzioni sull'effetto della simpatectomia in genere in certi stati costituzionali della donna, e quindi sulle relative indicazioni all'atto operativo. Io pratico ancora di tanto in tanto la resezione del simp. presacr., quasi sempre come operazione complementare, specie in quei casi dove esiste un disaccordo notevole fra i disturbi soggettivi pronunciatissimi (neuralgie pelviche) e scarsa entità di reperto oggettivo a ventre aperto. Pur avendo praticata l'enervazione ovarica alla Dupont con buon successo, non mi sono ancora occupato della isofenolizzazione.

Venne anche fatta una comunicazione dal dott. MARCOVICH sull'*immunizzazione locale mediante antivirus tubercolare* e discussa dal dott. SPITZER.

Il Segretario: Dott. L. WINTERNITZ.

Società di Coltura Medica della Spezia e Lunigiana.

Seduta del 30 gennaio 1931.

Presiede il prof. dott. RINALDO CASSANELLO.

Contributo allo studio clinico ed istologico del papilloma corneale.

Prof. dott. S. DEBENEDETTI. — L'O. descrive un tumore corneale, asportato da 20 mesi, presentando la fotografia della paziente prima dell'intervento ed i preparativi microscopici della neoformazione asportata. Discute sulla classificazione dei tumori epiteliali della cornea e presentando la paziente fa osservare la completa *restitutio ad integrum* della cornea, con assenza di fatti cicatriziali e di vascolarizzazione. Questo come conferma l'anamnesi che per la sua negatività fa inserire il caso descritto fra i papillomi corneali che certamente non sono stati preceduti da fatti di vascolarizzazione infiammatoria o traumatica.

Il "metodo di attesa,, ed il trattamento per via interna nella cura della blenorragia acuta.

Dott. A. CAMEO. — Nella cura della blenorragia si atttende ancora il rimedio ideale che operi secondo le buone norme della moderna chemioterapia. In attesa di questo trattamento ideale l'O. ritiene che attualmente il metodo preferibile di cura sia ancora quello antico dell'attesa e della via interna che non ha sulla coscienza i misfatti che non raramente accompagnano i brutali ed intempestivi interventi sull'uretra, organo sensibilissimo e delicatissimo che occorre saper trattare con i dovuti riguardi.

Cheratosi palmare arsenicale.

Dott. A. CAMEO. — L'O. presenta un giovanetto di 14 anni che ha fatto in passato intense e prolungate cure arsenicali..

Da circa sei mesi ha una cospicua cheratodermia palmare bilaterale, iniziatasi con eritema locale desquamativo. Lo spesso strato cheratodermico, seminato da noduli più spessi ed addensati, si è potuto distaccare con relativa facilità e l'O. ne mostra una *couche*, asportata pochi giorni fa, riproducente per intiero la palma di una mano.

Attualmente si nota atrofia del corion; l'epidermide è assottigliata, lucente, trasparente, con le linee ed i solchi quasi scomparsi, per distruzione totale o parziale del corpo papillare. Le palme sono uniformemente arrossate: quasi certamente in 4 o 5 mesi si riformerà un nuovo strato cheratodermico, simile a quello tolto.

L'O. parla delle varie lesioni ipercheratosiche della regione palmare e ne disegna la diagnosi differenziale. Crede di dovere escludere la cheratodermia palmare familiare o congenita, il tiloma e simili e dopo aver tracciato minutamente il quadro della cheratosi arsenicale, enuncia le ragioni per le quali ritiene debba trattarsi — nel caso presente — di questa rara dermatosi.

L'O., contrariamente a quanto ne pensano i dermatologi francesi, che in modo speciale si sono occupati dell'argomento e che attribuiscono quasi unicamente all'arsenico la formazione di tali cheratosi, ritiene che l'arsenico sia da riguardarsi come un elemento occasionale e che la vera causa risieda in deviazioni costituzionali ed endocrine. Nel caso presente esiste intanto spiccato ipogenitalismo ed una evidente cicatrice cheloidea al collo, indica una distrofia da parte del sistema cutaneo: è probabile perciò che uno studio accurato del soggetto dal punto di vista accennato, possa fornire dati interessanti in proposito.

L'O. invita perciò qualche collega specialmente versato in endocrinologia a studiare il soggetto, che ritiene interessante far rivedere di qui a qualche mese.

Il Segretario: dott. DOMENICO ROLLAND.

Società Piemontese di Chirurgia.

Seduta del 7 marzo 1931 - IX.

Presidente: prof. M. DONATI.

Gonoartriti acute suppurative trattate con la artrotomia e la mobilizzazione immediata.

Prof. E. POLACCO. — L'O. espone due casi; nel primo l'artrite era stata provocata da diplococchi Gram positivi extra-cellulari. Fu eseguita l'artrotomia con duplice incisione ai lati della borsa sierosa sottoquadricipitale; la cavità articolare venne drenata con un tubo di gomma. La paziente dopo 12 giorni fletteva già spontaneamente l'artic. fino a 45° circa e passivamente fino all'angolo retto. L'esame radiografico prima dell'intervento non aveva rilevato delle lesioni ossee, dopo l'intervento si rilevarono: opacamento del condilo femorale tibiale e deformazione del margine di questo. Le condizioni di funzionalità dell'artic. a due anni di distanza persistono ottime.

Nel secondo caso si trattava di ferita con falcetto, senza che vi fossero lesioni ossee. Si pratica l'artrotomia con drenaggio con tubo di gomma e si istituisce il trattamento contro la sepsi generale. Dopo un breve periodo di mobilizzazione dell'artic. si sviluppa un flemmone periarticolare e solo più tardi si può riprendere la mobilizzazione dell'articolazione.

Sopra un caso di surrenalectomia per gangrena spontanea giovanile.

Prof. L. BOBBIO. — In un giovane di 30 anni con cianosi diffusa in tutti e due gli avampiedi e con gangrena delle dita e distacco dell'alluce d. ha praticato la surrenalectomia sin.; i dolori cedono a poco a poco e dopo pochi giorni sono scomparsi completamente. Anche i fatti gangrenosi si sono arrestati, e fu possibile una asportazione economica dei due piedi. I buoni risultati finora ottenuti non possono essere considerati definitivi dato il breve tempo di osservazione.

L'O. è del parere che la surrenalectomia debba essere considerata come una vera e propria operazione sul simpatico sia per la costituzione stessa della midollare, sia perchè colla sua asportazione vengono recisi molti filetti simpatici del plesso celiaco ed al fatto della diminuzione dell'adrenalinemia che provoca una vasodilatazione, che modifica il ricambio del territorio anemico.

Ileo da grosso calcolo biliare risolto spontaneamente con l'emissione del calcolo.

Prof. BERTONE. — Il calcolo venne emesso dopo tre giorni dall'inizio della colica; aveva forma ovoidale con un peso di gr. 15; il diametro maggiore era di cm. 3,2 ed il minore di cm. 2,8.

L'O. si chiede se un calcolo di tali dimensioni sia passato attraverso la papilla di Vater o se si sia formata una fistola colecisto-duodenale, senza però che questa avesse dato alcun segno della sua formazione in antecedenza.

Occlusione da volvulo di megasigma.

Prof. M. DONATI. — Una signorina di 18 anni che già in antecedenza aveva sofferto crisi addominali dolorose che si presentava con alvo chiuso da 5 giorni; all'intervento fu trovata un'ansa intestinale così dilatata che in un primo tempo venne ritenuta una cisti ovarica; dopo un opportuno svuotamento si potè comprendere che si trattava del sigma torto su se stesso per tre volte. Non essendo possibile nelle condizioni in cui si presentava l'ansa, pensare ad una colonpessia, o ad un'intervento plastico sul mesosigma e tanto meno alla semplice detorsione e alla enteroanastomosi latero-laterale per escludere il sigma, restava solo possibile la resezione. Per analoghi motivi fu preferita l'anastomosi in un tempo solo e le due anse resecate furono unite con anastomosi latero-laterale. Il decorso post-operatorio fu regolarissimo. L'O. ritiene che la resezione in più tempi non debba essere generalizzata per tutti i casi.

Un caso di resezione totale dell'omero per osteomielite operato nel 1901.

Dott. T. SARTIRANA. — Il caso di cui riferisce ampiamente riguarda una resezione totale sotto capsulo-periostea per osteomielite acuta ed artrite bipolare dell'omero con rigenerazione dell'osso asportato. Circa la funzionalità il p. può sollevare il braccio fino alla linea orizzontale; la flessione del gomito è completa, l'estensione quasi completa; riesce a portare la mano sul capo e posteriormente fino alla colonna vertebrale.

L'O. in base al suo caso ritiene poter consigliare che nelle osteomieliti totali gravissime dell'omero conviene tentare la resezione totale sottocapsulo-periostea dell'osso.

Anche nelle osteomieliti della diafisi dopo aver spaccato l'ascesso, trapanato la cavità midollare e dopo pazienti medicazioni talora anche dopo qualche mese l'O. procede alla resezione della parte diafisi necrotica.

Un caso di resezione sottoperiostea subtotale del perone operato 10 anni fa.

Prof. A. TURCO. — Un ragazzo di 16 anni, 12 anni prima era stato colpito da una osteomielite del perone, dopo la quale, malgrado ripetuti trattamenti persistevano numerose fistole. Il p. venne operato di resezione quasi totale del perone, per via sottoperiostea. Fu lasciata in sito la testa del perone per evitare una lesione del nervo peroneo comune. Il bambino crebbe normalmente ed attualmente lavora come tutti gli altri. Alla radiografia si nota solo un ingrossamento a carico della diafisi del perone nel tratto neoformato.

VILLATA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Contenuto in cloro del polmonitico e sua importanza per il decorso della polmonite.

W. Scholz (*Deutsche Medic. Wochenschrift*, n. 37, 1930) osserva che nell'urina del polmonitico i cloruri sono molto scarsi; la ritenzione di cloro non dipende da una lesione del rene, bensì da una avidità dei tessuti per il cloro. Infatti maggior somministrazione di cloruro di sodio determina anche nel polmonitico una maggiore eliminazione. L'eliminazione del sale somministrato è particolarmente intensa al giorno della crisi, o vicino alla crisi, cioè a una epoca in cui il bisogno di cloro del tessuto è già diminuito. Dopo questa buona eliminazione del sale si può manifestare nuovamente una ritenzione, fino a che 2-4 giorni dopo lo sfebbramento si ha la cosiddetta crisi del sale, cioè il cloro prima ritenuto viene eliminato in grandi quantità.

Il tessuto principale che trattiene il cloruro di sodio è nel polmonitico il focolaio infiammatorio. Esso trae a sè quantità così grandi di sale da farne impoverire il resto dell'organismo. La crisi del sale avviene solo 2-4 giorni dopo lo sfebbramento perchè le prime quantità di cloruri che si liberano durante la fluidificazione dell'essudato vengono utilizzate per riempire il deficit di sale di tutto l'organismo. Esiste un rapporto tra la povertà di sale del sangue e la pressione. Pazienti con sangue povero in cloruri hanno una pressione molto bassa, l'atonia vasale sembra essere nel polmonitico più conseguenza della povertà di cloruri che dell'azione della tossina pneumococcica.

L'infusione endovenosa di gr. 100 di soluzione di cloruro di sodio al 25 % fa elevare prontamente la pressione; l'infusione influenza in senso favorevole il decorso della malattia, spesso avviene la crisi nelle 24 ore successive. Questa azione favorevole si spiega con l'azione dannosa che le soluzioni di cloruro di sodio esercitano sul pneumococco; all'acme dell'infiammazione il tessuto infiammato assorbe tanto cloruro di sodio da potersi manifestare quest'azione. Nella cura della polmonite è quindi dannoso limitare il sale; nei casi in cui il sale nel sangue è quasi normale e la pressione è buona basterà la somministrazione orale (10 gr. al giorno oltre ai cibi normalmente salati). Negli altri casi e se non è possibile somministrare il sale per bocca (ripugnanza, vomito) si ricorrerà all'infusione endovenosa di soluzione ipertonica di cloruro di sodio. L'infusione va eseguita molto lentamente in 5-10 minuti, per evitare tachicardia, palpitazioni e senso di oppressione.

R. POLLITZER.

SEMEIOTICA.

Il dolore sacrolombare nelle donne.

Il dolore sacrolombare nella donna merita di essere sempre preso in considerazione perchè non solo è frequentissimo, tanto che da alcuni è ritenuto inevitabile come il dolore del parto, ma anche perchè spesso è in rapporto con malattie degli organi pelvici. Però la cura di queste malattie pelviche da sola non sempre modifica il dolore e questo perchè non è soltanto una malattia pelvica che può, per riflesso, dare dolore sacro-lombare; questo può dipendere anche da modificazioni della struttura e della posizione della colonna vertebrale. Una regione lombare appianata può non solo dare dolore lombare ma anche provocare congestione e stati anormali dell'utero e degli annessi.

Questo dolore sacrolombare nelle donne, escludendo le malattie ortopediche vere e proprie, può dipendere dalla posizione nelle donne che hanno avuto figli. Si ha nella gravidanza per la notevole lordosi, come pure dopo la gravidanza per mammelle pesanti e particolare posizione del dorso nell'allattamento.

Lo sforzo prolungato per mantenere una data posizione della colonna vertebrale provoca fatica e dolore. Quando l'insellatura lombare si appiana e per di più esiste parete addominale flaccida, la pressione endoaddominale aumenta. Anche nella retroversione uterina, nella dismenorrea, spesso non è la alterazione dei visceri pelvici che provoca il dolore ma la posizione abnorme della colonna vertebrale dovuta a diminuito tono muscolare e conseguente fatica.

C. L. Kark (*The British Medic. Journ.*, 28 febbraio 1931) paragona il dolore lombare in queste condizioni al dolore al piede nel piede piatto.

La cura del dolore lombosacrale nelle donne si fa sostenendo adeguatamente la colonna lombare e permettendo il riposo muscolare. Il riposo in letto è inutile se non si sostiene la colonna, magari con un semplice cuscinetto. L'A. descrive una cintura di gomma, fornita di cuscinetti che si possono gonfiare.

R. LUSENA.

L'esplorazione rettale nelle donne con lombalgia.

Le lombalgie bilaterali, il « dolore alle reni », sono assai frequenti nelle donne e vengono troppo spesso messe in rapporto con affezioni renali. La consueta analisi delle urine dimostra che vi è del pus o dell'albumina in tracce ed allora i sospetti vengono confermati.

Ma un esame più accurato dimostra invece che l'apparecchio urinario è indenne; le urine raccolte col catetere sono del tutto normali e l'esplorazione dell'apparecchio urinario è del tutto negativa.

L'esame ginecologico fa notare un collo normale, un utero mobile, talvolta un'annessite, ma il più spesso è del tutto negativo. Invece, con l'esame rettale, si trova il corpo dell'utero retroflesso che sporge nell'ampolla rettale, oppure una massa irregolare che corrisponde ad una annessite che si spinge nel cavo del Douglas oppure un Douglas inspessito e dolente. Se si appoggia, col dito introdotto nel retto, su questa massa, si provoca un dolore irradiato nelle regioni sacrale e sottolombare, dolore che ha gli stessi caratteri di quello di cui si lamenta la malata; « ecco il mio dolore » essa dice, mentre non accusava nulla alla palpazione dei reni o degli ureteri.

Si tratta quindi di una lombalgia di origine uterina dovuta alla retroflessione o ad una annessite oppure ad una douglassite, che vengono poi confermate dalla laparotomia.

E. Jeanbrau (*Journ. méd. franc.*, sett. 1930) insiste pertanto sulla necessità di praticare sistematicamente l'esplorazione rettale in tutte le donne che accusano lombalgia o dolori sacro-lombari. *fil.*

CASISTICA E TERAPIA.

Come riconoscere e curare l'anemia perniciosa.

L'aspetto del malato, nota P. Morawitz (*Münchner med. Wochenschrift*, n. 14, 1930) è caratteristico, è stanco, sofferente, flaccido. Il colorito è pallido giallastro, e al pallore si associa un lievissimo ittero. Le guance spesso non sono pallide, anzi leggermente arrossate; questo può ingannare e far non riconoscere lo stato del sangue. Lo stato di nutrizione è spesso particolarmente buono, manca in ogni modo il forte dimagramento che si ha nelle anemie secondarie da cancro o da tubercolosi. Manifestazioni caratteristiche sono quelle a carico della lingua e del sistema nervoso. Le prime si osservano in circa la metà dei casi se si interroga appositamente il paziente. Bruciori alla lingua e iperestesia della lingua verso cibi piccanti si osservano raramente quando non esiste anemia perniciosa, si possono però avere talora nei nervosi e negli ipocondriaci.

A carico del sistema nervoso si hanno spesso parestesie alle dita della mano e del piede, non sono invece frequenti negli stadi iniziali alterazioni obiettive. Negli stadi avanzati si possono invece avere manifestazioni spastiche ed atassiche degli arti inferiori, abolizione dei riflessi patellari e achillei, fenomeno di Babinsky. Le alterazioni dei cordoni posteriori e laterali non sono però affatto in rapporto con il grado dell'anemia; importante è l'esame del succo gastrico perchè l'achilia è costante; se il succo gastrico contiene acido cloridrico, non si tratta probabilmente di anemia perniciosa. Il quadro ematico è caratterizzato da megalocitosi, ipercromia, valore globulare aumentato; solo raramente si trovano grandi quantità di normoblasti o megaloblasti. Leucopenia modica per lo più con linfocitosi relativa. Il siero ha un colorito giallo-oro.

La terapia epatica agisce favorevolmente nei casi recenti, essa non influenza p. es. l'achilia e le lesioni midollari. Sulle anemie diverse dalla perniciosa la terapia epatica non ha alcuna influenza. È necessario dare dosi forti in alcuni pazienti fino a 500-1000 gr. al giorno. Di solito si danno 200-500 gr. di fegato allo stato fresco, il resto sotto forma di preparati. Ottenuto un notevole miglioramento nello stato del sangue si riduce la quantità del fegato da caso a caso, ad alcuni pazienti basta somministrare una o due volte la settimana 150-200 gr. di fegato crudo per mantenere lo stato del sangue. Il fegato è più attivo allo stato crudo, il riscaldamento forte danneggia il principio attivo. R. POLLITZER.

Trattamento dell'anemia perniciosa.

A. Goodall (*Edinburgh med. Journal*, genn. 1931) nel riferire su 34 casi di anemia perniciosa rileva che la mortalità di tale malattia con trattamento al fegato non eccede il 10 %; tale cifra può essere ridotta se si potrà fare una diagnosi precoce ed istituire, di conseguenza, un adatto trattamento.

Il buon risultato della cura è anzitutto indicato da un certo benessere del paziente, dalla risposta reticolocitica e dallo stabilirsi di una leggera diarrea.

La trasfusione può salvare persino dei pazienti moribondi. Essa agisce, sia fornendo dell'emoglobina per la funzione respiratoria, sia stimolando il midollo osseo, probabilmente per mezzo di un ormone.

Eventualmente, quando la prima trasfusione ha fallito il suo risultato, una seconda può essere di giovamento, anche se, con essa si ha una lieve ematuria.

L'asportazione di focolai settici non è meno importante negli individui con anemia perniciosa che in tutti gli altri; la presenza di focolai settici ritarda il miglioramento del sangue, mentre poi i pazienti possono morire di sepsi, anche se si hanno miglioramenti nel sangue.

La somministrazione di acido cloridrico e di arsenico non segna nessuna differenza nel decorso dei casi; non si richiede una dieta speciale (eccettuatone il fegato); l'insulina, probabilmente, non ha nessuna influenza specifica sulla malattia.

L'anemia perniciosa è dovuta alla carenza di un dato ormone che, fra l'altro, determina la formazione dei normoblasti dai megaloblasti.

fil.

L'opoterapia gastrica (metodo di Castle) nel trattamento dell'anemia perniciosa.

Mouzon (*Presse Méd.*, n. 50, 1930) osserva che il metodo si fonda sulla frequenza con cui l'anemia perniciosa si accompagna ad achilia gastrica che secondo alcuni sarebbe la causa prima dell'anemia. L'opoterapia gastrica dunque sarebbe più fisiologica di quella epatica. Il metodo primitivo di Castle, che somministrava succo gastrico umano, è stato successivamente modificato con la somministrazione di stomaco di maiale fresco o disseccato. Il nuovo medicamento è stato adoperato da diversi autori su un totale di 28 casi, di cui 21 risposero molto favorevolmente e 7 no. Ma di questi 7 casi 5 furono trattati per un tempo troppo breve e 2 migliorarono notevolmente con l'associazione dell'opoterapia epatica a quella gastrica.

L'efficacia dei due metodi e le modalità della loro azione sembrano essere presso a poco uguali. Non si sa ancora se il principio antianemico del fegato è identico a quello dello stomaco. Dal punto di vista economico infine sembra che il metodo di Castle sia meno costoso. Resta al metodo di Wipple il vantaggio della larga esperienza che oggi se ne possiede, contrariamente al metodo di Castle. Sarà quindi interessante attendere le ulteriori osservazioni di controllo per vedere se l'opoterapia gastrica può supplire quella epatica.

G. PACETTO.

Cura dell'anemia perniciosa con stomaco disseccato e sgrassato.

Dopo la comunicazione di Minot e Murphy sull'efficacia del fegato nell'anemia perniciosa, numerose sostanze sono state provate con successo maggiore o minore (reni, carne digerita da secreto gastrico di uomo normale). Sturgis e Isaacs (*Amer. Journ. of the Medic. Sciences*, nov. 1930) hanno trovato efficace l'uso di stomaco intero di merluzzo disseccato come pure l'uso di stomaco sgrassato colla benzina. Queste osservazioni furono poi confermate da Connor, da Wilkinson e da altri. In questo lavoro gli autori riferiscono ulteriori osservazioni fatte somministrando in malati di anemia perniciosa stomaco intero, disseccato e sgrassato, di merluzzo. Esso fu somministrato in dose giornaliera di 15-40 gr. corrispondenti a 107-300 gr. di stomaco fresco e preparato con una salsa di pomodoro densa. La dose media utile è di 10 gr. ogni milione di globuli rossi mancante. I risultati sono simili a quelli ottenuti nell'anemia perniciosa colla somministrazione del fegato e la media di aumento dei globuli rossi è di 500.000 globuli la settimana, per 8 settimane. La sostanza emopoietica sarebbe contenuta nella mucosa gastrica.

R. LUSENA.

Sul problema della splenectomia nell'anemia perniciosa.

Spengler (*Wien. Klin. Woch.*, n. 38, 1930) riferisce il caso di una donna che nel 1914 presentò un tipico quadro, ematologico e clinico, di anemia perniciosa onde fu — secondo le regole del tempo — operata di splenectomia.

Il risultato fu ottimo e, quel che più conta, duraturo: fino al 1928 essa potè compiere una vita di regolare attività, resistette alle privazioni del tempo di guerra e superò, senza disturbi, il periodo della menopausa.

Nel '28 praticò una cura di fegato, con risultati soddisfacenti, nel '30 ricadde nuovamente, tanto che si dovette ricorrere alla trasfusione: in seguito le furono somministrati preparati di stomaco, di cui si giovò molto: tuttavia i sintomi di una mielite funicolare, comparsi in questi ultimi tempi, sono rimasti immutati.

L'A. prende lo spunto da questo caso per ricordare la teoria del contrasto fegato-milza nei riguardi dell'ematopoiesi; ammette che, data l'alta percentuale di mortalità e l'efficacia delle cure epatiche, la splenectomia non può essere consigliata, in linea generale, nella cura dell'anemia di Biermer; ma ritiene che si possa ricorrere nei casi che sono dal principio o rapidamente divengono refrattari al fegato.

V. SERRA.

Esiste una tromboastenia?

Morawitz e Jurgens (*Münch. Med. Woch.*, n. 47, 1930) presentano un caso clinico che offre loro l'occasione di discutere l'argomento della tromboastenia.

Con questo termine, coniato dal Glanzmann, s'intende una diminuzione funzionale delle piastrine, contenute in quantità normale nel sangue: il Glanzmann ha anzi affermato che si associano anche delle modificazioni di struttura (mancanza dei granuli azzurrofili, basofilia del protoplasma) ed ha descritto una « tromboastenia emorragica ereditaria » basata su questo danno delle piastrine: tuttavia nei casi di questo A. il tempo di emorragia era pressochè normale; e, secondo Frank e molti altri, non è stata data sufficiente importanza al fattore vasale.

E' più probabile invece che si tratti di vera tromboastenia nelle forme descritte da Villebrand, in cui le piastrine erano di numero normale, normale il tempo di coagulazione e assai prolungato quello di emorragia.

Nel caso riferito dagli AA., appunto, le piastrine erano 480.000, il tempo di emorragia

45' quello di coagulazione intorno ai 15', il segno del laccio assai positivo: granuli e protoplasma delle piastrine erano in ordine. In complesso quindi un quadro clinico che ricorda la trombopenia essenziale (Werlhof) ma con numero di piastrine normale.

Allo scopo di vedere se si trattasse di una astenia delle piastrine pura e semplice, o se intervenisse anche un fattore vasale (laccio!) gli AA. hanno ricorso ad un apparecchio di loro fabbricazione (il trombometro capillare), ed hanno potuto così dimostrare che effettivamente i trombociti mostravano una diminuita tendenza ad agglutinarsi, indipendentemente da qualsiasi lesione vasale e dal tempo di coagulazione.

E' così per la prima volta dimostrato sicuramente un caso in cui piastrine, normali per forma e per numero, hanno presentato un *deficit* della loro funzione: l'intervento del danno vasale è stato potuto escludere.

V. SERRA.

Radioterapia e fisiopatologia delle poliglobulie d'origine cardio-polmonare.

Pagniez, Rouques e Solomon (*Le Sang*, n. 2, 1930) descrivono tre casi di poliglobulia secondaria a lesioni cardio-polmonari; tutti e tre questi malati riportarono notevolissimi benefici dalla radioterapia che fece parallelamente diminuire il numero dei globuli rossi e scomparire od attenuare i sintomi subbiettivi ed obbiettivi che li molestavano (dispnea, tachicardia, cianosi); in due casi il miglioramento fu assai soddisfacente e dura tuttora; nel terzo i disturbi tornarono non appena furono sospese le irradiazioni.

Gli AA. traggono occasione da queste osservazioni cliniche per sfiorare alcuni punti della patogenesi e della clinica delle eritremie secondarie; fanno anzitutto notare che non sempre la cianosi distingue queste forme da quelle primitive o di Vaquez, e non sempre il fondo dell'occhio è caratteristicamente differente da quello che si osserva nelle forme primitive.

Lo studio del tempo di coagulazione e del coagulo nell'eritremia ha permesso agli AA. di mettere in evidenza un prolungamento di questo tempo ed una particolare lassezza del coagulo, nonchè una fibrinopenia, che sono scomparsi sotto le irradiazioni.

Le irradiazioni praticate sul midollo osseo sono più efficaci di quelle praticate sulla milza.

La scomparsa od il miglioramento parallelo della dispnea, della cianosi e della poliglobulia fanno giustamente pensare agli AA. che la poliglobulia stessa non debba avere quel carattere di difesa, di compenso che generalmente le è attribuito; o almeno si deve ammettere che si tratti di una difesa « esagerata ».

In quanto alla cianosi i suoi rapporti colla poliglobulia sono oscuri, ma sembra tuttavia che esista veramente un parallelismo tra questi due fattori. Si noti infine che le irradiazioni valgono ad abbassare il numero dei globuli rossi solo per quanto essi superano i limiti normali, ma non al disotto di questi; esempio di come l'organismo si difende e della innocuità dell'intervento radioterapico.

V. SERRA.

Emorragie profuse e trasfusione sanguigna.

A. Tzanck, Weismann-Netter e I. Dalsace (*Bull. Soc. méd. hôp.*, n. 28, nov. 1930) riferiscono due casi di emorragie profuse intestinali, con pazienti ridotti quasi *in extremis*, e arrestate con ripetute ed abbondanti transfusioni di sangue. Gli AA. non hanno esitato a raggiungere tre-quattro litri di sangue, iniettando cc. 800, 600, 450 in venti minuti, e sorpassando la metà della massa sanguigna. Essi insistono sulla necessità d'un ben organizzato servizio di donatori, capaci di poter fornire una buona quantità di sangue in breve tempo, e tale da poter migliorare le sorti di pazienti già destinati a sicura fine.

L. CARUSI.

VARIA.

Proporzioni corporee e caratteri somatici di un gruppo di studentesse.

E. Graffi (*Endocr. e Patol. Costit.*, vol. V, f. V, ott. 1930) ha preso in esame, secondo l'indirizzo antropologico e costituzionalistico moderno, un gruppo di 100 studentesse dell'Università di Bologna, prevalentemente emiliane, di 20-22 anni. Dall'esame dei caratteri morfologici, descrittivi e fisiologici emergono i seguenti dati: testa prevalentemente brachimorfa, disarmonica; faccia prevalentemente ovoidale; naso convesso; collo con ugual frequenza grosso e sottile; spalle più spioventi che diritte; dorso quasi sempre a doccia o piatto, con scapola destra più grande della sinistra; seni emisferici o leggermente conici, più sostenuti che cadenti, ma inseriti spesso in posizione più bassa del normale; gambe, mani, piedi talvolta corti, grossi, tozzi.

Dei caratteri descrittivi prevalgono i seguenti: pelle bianca ma non rosea; occhi castagni scuri, lisci, folti; pelosità normale; denti spesso cariati, con anomalie dentarie in difetto, tubercolo del Carabelli presente nel 3,4 % dei casi.

Dei caratteri fisiologici si notano: mestruazioni, età media anni 13, con prevalenza tra i 12-15 anni; forza di compressione e di trazione debole; mancinismo raro; sonno profondo continuo, onirico; scarse anomalie o segni particolari.

Nell'insieme, la nuova generazione femminile non sembra distinguersi nè per robustezza, nè per bellezza, nè per caratteri definiti.

L. CARUSI.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

"Compérage,, e specialità medicinali.

Con questo titolo *Il Popolo d'Italia* ha pubblicato una serie d'articoli mettendo a nudo una piaga, che va energicamente curata.

I fatti denunziati sono veramente impressionanti e tali da sembrare incredibili qualora non fossero abbondantemente documentati.

« Compérage » è un vocabolo d'importazione, come importata è la pratica che esso serve a designare.

« Compérage » significa patto illecito stabilitosi fra medico e produttore di specialità medicinali, perchè il primo con adeguato compenso si adoperi a smaltire un determinato prodotto. Si può rendere con « comparaggio ».

Fino ad ora le case produttrici di specialità medicinali esercitavano, sarebbe meglio dire intendevano esercitare, la corruzione dei medici in modo discreto.

Alla generalità dei medici venivano inviati in dono oggetti più o meno innocenti, più o meno utili, ricette intestate, agende, calendari, portafogli e simili.

Il sistema si diffuse e perdette perciò di efficacia, che non poteva essere molta, anche perchè i medici non erano affatto impegnati.

D'altra parte in relazione al numero degli oggetti inviati la spesa risultava eccessiva in confronto al vantaggio.

Meglio concentrare: l'effetto è più sicuro e più controllabile se il dono si trasforma in compenso per l'opera spesa dal medico per incrementare la vendita della specialità.

Di qui le cose inaudite denunziate dal *Popolo d'Italia.*

La cointeressenza tra medico e casa produttrice — scrive l'autorevole giornale milanese — viene stipulata attraverso veri e propri contratti. Alcune ditte sono arrivate a compensare il medico col donargli un'automobile od una villa; altre con il dono di salottini da ricevimento, di apparecchi radio, fucili da caccia, binocoli, toilettes per signora.

Una casa torinese emette buoni di collaborazione commisurati al valore normale di L. 100 ciascuno, i quali vengono donati ai medici. Questi diventano così azionisti dell'azienda che li ha emessi, sapendo però che le azioni stesse valgono zero: sta in loro farne salire il valore a 100 — ed anche più — favorendo la vendita delle specialità prodotte dalla casa.

Gli effetti di questi accordi scandalosi sarebbero: accreditamento e smercio di specialità di scarsa efficacia terapeutica, prescrizione di medicinali inutili o non idonei alla cura, rincaro delle specialità stesse.

Noi non riteniamo che a queste azioni perniciose del commercio delle specialità concorrano notevolmente i medici.

Può darsi che vi siano, e ve ne sono in effetti, medici disonesti, i quali si acconcino a venire a patti con le case produttrici o con i farmacisti per dare la preferenza ai loro prodotti o peggio per prescriverli senza alcuna necessità.

Ma ciò non autorizza a generalizzare.

È vero invece che i medici in buona fede e senza alcun interesse hanno tendenza a prescrivere specialità.

Questa tendenza deriva da due ordini di fatti.

La specialità è di prescrizione più facile che non sia quella della ricetta. Agevola il dosaggio del medicinale. Evita il pericolo di errori.

D'altra parte i medici sono suggestionati dall'abile propaganda che le case produttrici fanno. Molte ditte pubblicano giornali a preteso carattere scientifico, nei quali sono lavori ove abilmente è decantata l'efficacia dei rispettivi prodotti senza aver l'aria di raccomandarli direttamente.

Molti medici ritengono di potersi tenere al corrente dei progressi della medicina con la lettura di questi periodici commerciali e subiscono così la suggestione reclamistica.

Il Popolo d'Italia attribuisce il caro-prezzo delle specialità alle spese che devono sostenere le ditte per ricompensare direttamente i medici del concorso prestato per lo smercio.

Ripetiamo, questo sistema di « compérage » poco esteso e perfino ignoto alla grande maggioranza dei medici italiani non può concorrere ad aggravare il costo dei medicinali.

Vero è invece che il prezzo di questi sale ad altezze vertiginose per le spese che le ditte devono incontrare per sostenere le ingenti spese di pubblicità costituite dai detti periodici e dagli annunzi in buste o cartoline che ingombrano quotidianamente le case dei medici.

I noiosissimi agenti che le ditte inviano a casa dei medici per persuaderli della bontà dei loro prodotti non devono costar poco.

A tutto ciò aggiungasi la non meno costosa pubblicità fatta direttamente sul pubblico con cartelli murari, sui giornali politici, sulle riviste di cultura, sui periodici ameni.

Si potrebbero al riguardo citare molti esempi, dei quali i più significativi sono quelli di alcune specialità che sono decantate al pubblico ignaro come efficaci per prevenire o curare ogni sorta di mali.

Queste specialità hanno prezzi iperbolici e pure sono largamente adoperate, naturalmente con il solo vantaggio del portafoglio dei produttori.

Si aggiunga il largo margine di guadagno che vien concesso ai farmacisti, senza contare gli omaggi incredibilmente lussuosi che vengono offerti ai farmacisti stessi proporzionatamente allo smercio del prodotto, come si rileva dalle liste riportate dal *Popolo d'Italia.*

In effetti risponde più al vero il fatto che nell'accreditamento e nel consumo delle specialità conta meno il medico che il farmacista.

La specialità può essere venduta senza ricetta e non è un segreto per nessuno che i farmacisti fanno largo uso di questa facoltà.

Un po' sempre, ancor più in tempi di crisi economica i pazienti fanno a meno del medico e si rivolgono direttamente al farmacista per comperare la specialità che per esperienza o per sentito dire ritengono adatta al loro caso.

Molto frequente è il caso che l'indicazione sia fatta dallo stesso farmacista, il quale per altro si arroga spesso la facoltà della scelta della specialità meno confacente alle proprie disponibilità ed al proprio interesse che al caso.

Senza volere insistere su questo punto è certo che le specialità costano eccessivamente. Hanno un prezzo che non è giustificato dal valore delle materie impiegate, dal costo della lavorazione, dall'onesto guadagno del produttore e del rivenditore.

Non è dubbio che, oltre questi coefficienti leciti, gravano sulle specialità spese non necessarie o illecite.

Attribuire questo eccesso di costo alla compartecipazione che si corrisponderebbe ai medici è ingiusto, certo molto esagerato.

Il « compérage » non è così diffuso da giustificare questa opinione.

I medicinali costano troppo in rapporto al loro effettivo valore, perchè su essi gravano spese reclamistiche ingiustificate e margini di guadagno e di rivendita eccessivi.

Comunque la quistione merita seria attenzione.

E si deve essere compiaciuti che il sottosegretario agli Interni, on. Arpinati, abbia dato assicurazione che quanto prima in materia di specialità medicinali verranno emanate disposizioni che, pur tenendo conto delle esigenze della fiorente industria chimico-farmaceutica nazionale, varranno a conciliare gli interessi della produzione e del commercio con quelli dei consumatori e della pubblica sanità.

Pangloss.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Sanità, assistenza e beneficenza pubbliche al Senato.

Il Senato del Regno ha discusso ampiamente il bilancio del Ministero dell'Interno, su relazione dell'on. BEVIONE. Riportiamo la parte della discussione riguardante i servizi igienico-sanitari.

Il sen. MESSEDAGLIA crede che sia nell'interesse dello Stato devolvere alle provincie i servizi sanitari, far dipendere, cioè, da esse i medici condotti, le levatrici ed i veterinari. Ritiene che, in linea amministrativa, il passaggio della spedalità alle provincie sia un bene. Naturalmente le amministrazioni dovrebbero essere garantite nel numero delle persone da iscrivere nella lista dei poveri. Sarebbe, poi, opera meritoria coordinare l'assistenza ospedaliera in modo che, pur lasciando sussistere la personalità giuridica delle varie Opere Pie, si distribuissero i vari istituti nel territorio e si lasciassero le cure difficili ai grandi ospedali; a quelli minori le cure ordinarie.

Dopo aver lodato incondizionatamente la Direzione di Sanità, la quale deve rimanere al centro di tutte le iniziative in materia, si augura che sorgano più intimi rapporti tra la Cassa Nazionale delle Assicurazioni, la quale ha organizzato molti sanatori, ed i vari Consorzi antitubercolari. Chiede che sia resa più agile l'amministrazione dei Consorzi, non tanto quella interna, ma quella che si riferisce alle rappresentanze troppo numerose.

Chiede che l'assistenza dei deficienti, dei ciechi e sordi, in età troppo giovane per passare alla competenza passiva della provincia, sia affidata all'opera per la maternità ed infanzia già tanto benemerita del paese.

Si occupa, poi, del personale degli enti locali e conclude accennando al problema della malaria, per il quale è necessario che tra i bonificatori e i sanitari esista una intesa intima e continuativa.

L'on. MARAGLIANO constata con piacere il crescente interesse per le questioni che riguardano la sanità pubblica e l'attiva opera svolta in questo campo dal Governo. La mortalità del Regno dal 17,7 è discesa nel 1930 al 13,7 e la media durata della vita è ascesa da 30 a 50 anni.

Enumera i provvedimenti adottati contro le malattie infettive, ma lamenta che la tifoide dia ancora una casistica numerosa. Ciò fa dubitare che la vaccinazione antitifica sia applicata secondo le disposizioni del Governo. Deplora l'indifferenza dei funzionari periferici.

Segnala l'abnegazione ed il valore dei medici condotti e raccomanda al Governo di attuare una riforma delle loro pensioni, in modo che siano equamente ricompensati quelli che vanno in pensione dopo 30 o 35 anni di servizio. Sarebbe opportuno che una loro rappresentanza fosse chiamata in seno ai Consigli sanitari e provinciali e nei Comitati esecutivi dei consorzi antitubercolari.

Esamina, quindi, l'azione del Governo per la lotta contro la tubercolosi e segnala l'intervento del Ministero inteso a disciplinare l'attività dei Consorzi antitubercolari, una parte dei quali non seguiva l'indirizzo governativo. Il Governo ha ovviato a questo inconveniente stabilendo quale debba essere l'azione dei dispensari, quali centri di accertamento diagnostico e di profilassi, ed ordi-

nando la chiusura dei dispensari che non seguivano le sue direttive. D'ora in poi i consorzi saranno sottoposti all'autorità tutoria del prefetto ed i loro bilanci preventivi saranno resi esecutivi soltanto dall'approvazione del Ministero. È necessario avere fermezza ed energia che certo non mancano al Governo fascista.

Altro punto che merita di essere segnalato è l'azione esercitata dall'ente dell'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi. Molti ed importanti provvedimenti sono stati adottati, per merito dei quali si potè ricoverare un ingente numero di persone con ottimi risultati.

Fa rilevare che sono in costruzione oltre 30 ospedali ed altri saranno presto avviati; così in meno di cinque anni dalla promulgazione della legge si avranno 20 mila letti in istituti organizzati e governati dall'ente dell'assicurazione obbligatoria. È questo un miracolo che ha saputo fare la Cassa delle assicurazioni sociali, che gestisce l'Ente speciale antitubercolare secondando gli ordini del Duce. Innanzi a questo spettacolo di attività e di devozione la visione della vittoria si fa più chiara.

Un'eletta schiera di uomini volenterosi con a capo Raffaele Paolucci costituisce nella Federazione nazionale fascista contro la tubercolosi, una milizia volontaria a servizio della lotta e sempre sotto la guida del Duce, che da anni dà l'opera sua in questa grande battaglia. La scienza italiana personificata da Carlo Forlanini, immortalato nel bronzo col concorso di tutto il mondo civile, ha aperto nuove vie ed apprestate nuove armi alla vittoria.

L'on. Pestalozza rileva che il capitolo 21 del bilancio del Ministero dell'Interno assegna 65 milioni a favore dell'Opera Nazionale per la Maternità e l'Infanzia. È un largo contributo che lo Stato dà a quest'Opera sulla quale si impernia la politica demografica del Regime. Ma se la somma sembra ingente, l'esame del bilancio dell'Opera mostra che 36 milioni dei 65 sono immobilizzati in una spesa obbligatoria: quella del ricovero dei minori abbandonati. Poichè l'opera è in funzione solo da 5 anni e i bambini dovranno restare a suo carico fino ai 18, è presumibile che la spesa crescerà di continuo fino forse ad assorbire il 90 per cento delle entrate dell'istituto.

L'Opera ha quindi bisogno di maggiori risorse per estendere la sua azione a tutto il Paese. L'O. osserva che le donne tubercolose in stato di gravidanza dovrebbero essere tutte ricoverate. Il bambino deve essere allontanato dalla madre tubercolosa se lo si vuole sottrarre alla morte, a meno che non si voglia imporre la vaccinazione antitubercolare del bambino. Ma per allontanarlo dalla madre sarà necessario provvedere al suo allattamento. A chi toccherà? La Cassa delle Assicurazioni dice che non rientra nei suoi compiti. Evidentemente, toccherà all'Opera Nazionale, la quale a Roma si è assunto già tale compito ma, dati i suoi mezzi, non potrà assumerlo anche altrove

L'O. osserva che sarebbe necessario anche intensificare il ricovero di tutte le partorienti povere; ma, purtroppo, l'Opera è insufficiente e bisognerebbe sollevarla dalla sua condizione di stasi. Senza dubbio la ricerca della paternità allevierebbe il còmpito dell'opera; ma, se ciò non è possibile, basterebbe una legge che limitasse la durata del ricovero ad una età che per i maschi potrebbe aggirarsi intorno al 14° anno. Non è, infatti, necessario che l'Opera abbia la cura di giovani dell'età di 18 anni.

L'on. Cavazzoni prende atto con compiacimento dell'opera del Governo fascista specialmente nel campo della difesa della famiglia e della difesa fisica della razza. Ma osserva che ancora troppe giovinezze si sciupano in una vita depravata.

L'Italia può attribuirsi un primato nella lotta contro gli stupefacenti, ma tale lotta, perchè possa condurre al voluto risultato, deve essere affiancata da una azione contemporanea nel campo internazionale.

Occorre vigilare senza tregua: si deve volere la fine di questo traffico infame.

L'on. Gabbi tratta delle colonie estive, delle quali si dichiara convinto e antico fautore. È errato assegnare indistintamente a tutti i ragazzi la cura d'un mese. È necessario, invece, proporzionare la durata della cura alle loro necessità fisiche. L'opera del Regime dev'essere completata per quanto riguarda l'educazione fisica. I medici a cui è affidata la sorveglianza delle Colonie montane devono essere dei tecnici dell'educazione fisica. Bisogna istituire nelle Università delle cattedre di educazione fisica, che possano essere frequentate dagli studenti di medicina ed anche dai maestri elementari. Lamenta che si sia chiusa la scuola aggregata all'Università di Bologna.

L'O. si occupa, quindi, degli ospedali e propone la trasformazione dei piccoli ospedali in dispensari e ambulatori alle dipendenze dell'O. N. Maternità e Infanzia e l'assorbimento delle rendite negli ospedali maggiori.

Osserva poi che la legislazione fascista è stata veramente imponente; le provvidenze studiate hanno tutte un grandissimo valore; si è anche curato lo sviluppo di quella medicina politica che creata dal Baccelli ha avuto il suo compimento in Benito Mussolini.

L'on. Guaccero rileva che l'opera del Regime in materia di politica sanitaria ha messo l'Italia all'avanguardia delle nazioni civili. Richiama l'attenzione del Governo su l'assistenza agli invalidi in genere. Occorrono laboratori nei quali venga insegnato ai minorati un lavoro razionale conveniente alla loro minorazione e, in seguito, essi devono essere assistiti anche nella ricerca dell'occupazione.

Sinora in Italia non esiste un'organizzazione nazionale. Vi è soltanto una scuola annessa all'Istituto Rachitici di Milano, mentre l'Inghilterra, per esempio, possiede 35 istituti e più di 60 scuole di lavoro. L'O. fa voti anche a nome della Società Italiana di Ortopedia affinchè sia compilato un elenco di tutti gli storpi, paralitici e mutilati esistenti in Italia; sia affidata all'Opera per la Maternità ed Infanzia la creazione di istituzioni idonee a mettere in valore i bambini storpi; venga emanata una disposizione di legge la quale obblighi gli ostetrici e le levatrici a denunziare tutti i casi di nati deformati.

Il sen. Menazzi si occupa dell'attività svolta dalla Direzione di Sanità, opera veramente cospicua, specie per ciò che riguarda il campo profilattico. Accenna al problema del gozzo, con riferimento alla Valtellina.

L'on. Nuvoloni sostiene la necessità di federare le varie associazioni di pubblica assistenza non riconosciute come Enti morali, in modo che sia

meglio assicurato il controllo su di esse da parte dello Stato. Elogia vivamente l'Opera Nazionale Maternità e Infanzia.

L'on. ROSSINI s'intrattiene sul problema ospedaliero, di cui mette in rilievo alcuni aspetti caratteristici, e raccomanda caldamente al Governo la scuola delle infermiere e delle visitatrici.

Concorda con il deputato Giardina sulla necessità di un testo unico di tutte le leggi sanitarie ed elogia quanto è stato fatto dal Regime nel campo della sanità pubblica.

L'on. ROLANDI-RICCI elogia i provvedimenti adottati per l'assistenza alla maternità e all'infanzia, che vanno a beneficio della razza.

* * *

L'on. ARPINATI ha fatto un'ampia e documentata replica. Ne riportiamo larga parte:

Il problema ospedaliero.

Alla soluzione del complesso problema ospedaliero il Regime ha dato opera assidua e costante; sono stati ampliati e riordinati antichi e secolari nosocomi e si è data vita a nuovi e grandiosi stabilimenti di cura, largamente forniti di tutti i moderni mezzi diagnostici e di perfezionati presidii scientifici. Con tali organismi di difesa e di miglioramento della razza si mira non solo ad avvantaggiare la salute dei cittadini nell'interesse demografico nazionale, ma anche a ridurre il numero dei minorati che pesano così tristemente sulla vita di una Nazione.

Il sen. Gabbi ha risollevato una dibattuta questione. Nessuno può disconoscere le grandi verità contenute nel suo discorso; come quelle che si riferiscono alle antiquate costruzioni ed alla scarsità dei mezzi e di attrezzatura moderna di piccoli ospedali e alle rette troppo elevate dei grandi ospedali. Da queste premesse esatte e tanto rilevanti da esigere adeguati e rapidi provvedimenti egli è indotto a proporre delle soluzioni che mi sembrano molto discutibili ed anche pericolose. Non è possibile, ad es., sostenere che non si andrebbe contro la volontà del testatore disponendo l'eventuale trasformazione dell'ospedale locale in ambulatorio alla diretta dipendenza di un'Opera Nazionale e destinando le rendite dell'opera pia locale all'ospedale maggiore della provincia. È esatto che circa la metà delle rendite patrimoniali delle varie amministrazioni ospedaliere della provincia di Roma — e il caso non è certo unico — è assorbito dalle spese generali delle amministrazioni stesse; ma è altrettanto vero che le rendite patrimoniali nelle amministrazioni ospedaliere non rappresentano che una piccola quota delle entrate locali costituite da rette ospedaliere pagate dai comuni e dai privati. I piccoli ospedali non pretendono di rivaleggiare coi grandi stabilimenti nelle operazioni di alta chirurgia o in quelle cure, che richiedono le modernissime e costose applicazioni della scienza medica. Il loro compito è assai più modesto, esso si limita all'assistenza di quei malati, per i quali non occorre un intervento speciale, e tanto meglio se tali assistenze si possono fare con una spesa relativa, sul luogo vicino alla famiglia ed ai parenti. I grandi ospedali hanno certamente delle esigenze ed il Governo Fascista se ne è sempre mostrato sensibilissimo, ma quelle città che hanno costruito degli ospedali non solo per il prossimo cinquantennio, ma forse per qualche secolo, non possono, ragionevolmente, pretendere che per fronteggiare i loro bisogni siano soppresse le varie istituzioni locali. Non per questo io penso che il problema sia insolubile, ma alla vera soluzione non si potrà pervenire se non conservando ai centri indicati dai testatori l'amministrazione dei rispettivi patrimoni e la utilizzazione, per i propri ammalati, delle rendite relative.

L'on. Messedaglia, nell'intento di provincializzare l'assistenza ospedaliera, vorrebbe provincializzato l'elenco dei poveri; ma intuendo il pericolo insito in tale provvedimento, vorrebbe anche che le amministrazioni provinciali fossero garantite sul numero delle persone da iscrivere nell'elenco. Non credo che egli sia persuaso che il medico condotto, il parroco ed i carabinieri, costretti come sono a vivere nei piccoli centri, nell'interesse della lontana amministrazione provinciale, non sarebbero portati a largheggiare indulgendo a tutte le richieste, senza controllarne il buon diritto e il fondamento. Si vorrebbero provincializzare anche i medici condotti, le levatrici e i veterinari. Per sottrarli — si dice — alle bizze campanilistiche e per rendere possibili i trasferimenti da una condotta all'altra. Ma con quale criterio? E sarebbe poi utile? Oggi il medico condotto, che non si sente a suo agio nel posto che occupa, cerca di migliorare sè stesso, di conquistare la stima del pubblico, di rendersi idoneo a posti più alti. E, specie dopo la circolare del 30 gennaio 1930, quando si insedia in una condotta arriva sempre come il vincitore di un concorso, cioè con una certa aureola, che gli conferisce un indiscusso prestigio. Rendete invece possibili i trasferimenti d'autorità, che, talvolta, possono anche avere il sottinteso della punizione o della incompatibilità con una certa clientela, e voi avrete compromesso lo stimolo del medico a perfezionarsi e la fiducia del pubblico.

L'apostolato dei medici.

E poichè sono in argomento ed anche in questa Camera si è accennato ai medici che verrebbero meno alla dignità della professione, percependo compensi particolari e qualche volta vistosi per la prescrizione di specialità medicinali, desidero affermare che sarebbe ingiusto generalizzare l'abuso di pochissimi, gettando un'ombra di dubbio su la grandissima maggioranza dei medici italiani, di cui tutti conoscono, per diretta esperienza, la probità e la capacità di sacrificio. Con viva soddisfazione ringrazio l'illustre senatore Maragliano, che ha voluto, con la sua alta autorità segnalare le innumerevoli benemerenze di questi apostoli del bene.

Pei minorenni invalidi.

Prima di concludere questa parte della mia esposizione desidero rassicurare il sen. Guaccero, che ha richiamato l'attenzione del Governo sul problema dell'assistenza ai minorenni invalidi, storpi, paralitici e mutilati. Tale assistenza ai minorenni storpi, paralitici e mutilati e la relativa valorizzazione e rieducazione è già affidata all'Opera Nazionale per la Protezione della Maternità ed Infanzia.

Nell'attuale legislazione infatti, è disposto espressamente che tali minorati, quando risultino suscettibili di miglioramento fisico e di istruzione professionale, debbano essere accolti in adatti

istituti, ove ciascuno di essi possa ricevere le necessarie cure chirurgiche e ortopediche e l'avviamento ad un mestiere compatibile con la loro particolare forma di infermità.

Detta assistenza viene, quindi, già attuata dalla benemerita istituzione, nei limiti naturalmente delle sue disponibilità finanziarie.

Quando, poi, si tratti di invalidi non suscettibili, anche per ragioni di età, di rieducazione, la relativa assistenza è a carico dello Stato, a norma dell'articolo 155 della legge di P. S. salvo rivalsa verso gli enti tenuti al rimborso: Comuni ed Opere Pie.

Il problema, quindi, dell'assistenza dei detti minorati è stato dal Regime, sotto ogni aspetto, considerato, e sono state attuate le possibili provvidenze.

Quanto, poi, al rilevamento statistico, cui ha accennato l'on. Guaccero, sarebbe stato possibile eseguirlo in occasione del censimento generale in corso, se le relative operazioni per questo non fossero già state iniziate.

Assicuro, infine, il senatore Guaccero che così appassionatamente ha richiamato l'attenzione del Senato su questo argomento, che sarà esaminata l'opportunità da lui segnalata di emanare un provvedimento legislativo che faccia obbligo agli ostetrici e alle levatrici di denunziare le nascite di infanti deformi.

Altrettanto si deve dire dei minorenni deficienti, ciechi o sordomuti, in favore dei quali l'Opera Nazionale per la Protezione della Maternità e dell'Infanzia esercita una provvida azione di coordinamento, che assicura la più efficace e proficua azione di utilizzazione dei mezzi assistenziali disponibili.

Assistenza materna.

Un problema vasto e che lascia pensosi è quello sollevato dal senatore Pestalozza. Purtroppo oggi non è possibile dare gli affidamenti desiderati per ovvie ragioni di bilancio. Va ricordato, però, che i 65 milioni che figurano al bilancio del Ministero dell'Interno non costituiscono la totalità delle entrate della Maternità e Infanzia, poichè alla loro formazione concorrono le Opere Pie, i Monti di Pietà di prima categoria, le Assicurazioni sindacali, ed una partecipazione su le tasse comunali di soggiorno. Comunque, è certo che il problema dei minorenni abbandonati è assai grave e che l'on. Blanc, il quale dirige con tanto amore l'Opera, ha già preso i provvedimenti necessari perchè l'onere che essi comportano non paralizzi il regolare funzionamento dell'istituzione di cui egli è l'anima e la mente.

Come lo stesso senatore Pestalozza propone a guisa di rimedio, l'assistenza ai giovani cesserà non al 18° anno ma anche al 12°, semprechè, naturalmente, sia possibile procurare a questi ragazzi un idoneo collocamento. Un'importanza indiscussa potrebbe avere a questo proposito anche la ricerca della paternità; problema quanto mai irto di difficoltà e di pericoli; e che risponde senza dubbio ad una esigenza della coscienza morale.

Sanità pubblica.

È stato così unanime l'elogio del Senato alla Direzione generale di Sanità, che mi sento autorizzato ad astenermi dal ripetere quanto ebbi già occasione di esporre nell'altro ramo del Parlamento. L'on. Maragliano ha messo in evidenza l'opera veramente grandiosa promossa dal Regime nella lotta contro la tubercolosi. Il Duce non dà tregua ai suoi collaboratori in questo campo e dopo aver dato vita e impulso ai Consorzi provinciali antitubercolari, ai Sanatori che per opera della Cassa Nazionale delle Assicurazioni Sociali stanno sorgendo in tutte le provincie; dopo aver chiamato a raccolta e disciplinato tutte le forze della vita capaci di isolare e di combattere il male, egli ha rivolto le sue particolari cure alla infanzia per difenderla e salvarla dalle minaccie e dalle insidie.

Ed ecco gli incitamenti alla Maternità e all'Infanzia, all'Opera Nazionale Balilla, al Partito, per le colonie marine e montane, per l'assistenza, per lo sport. In questo fervore di opere, onorevole Gabbi, che mette in movimento ogni anno più di 300 mila bambini per le colonie al mare e ai monti, può essere che qualcuno di quelli che dovrebbero essere mandati al mare venga mandato al monte o viceversa; ma io posso assicurarla che i casi saranno sempre più rari; che la selezione sarà sempre più accurata e rigorosa e il controllo sempre più efficace. Convengo con lei che dall'esercizio fisico potremo trarre tutti i vantaggi possibili solo il giorno in cui i medici condotti, forti di una adeguata preparazione specializzata, si faranno promotori, col consiglio ed anche con l'esempio, di una razionale e moderna attività ginnastica e sportiva in tutti i più remoti centri rurali. È stata chiusa la scuola aggregata all'Università di Bologna che era sorta per questo fine, ma ne è nata un'altra ben maggiore e degna della Capitale. Il Gabinetto Antropometrico, che funzionava al Littoriale, mercè l'aiuto del Capo del Governo, funziona ancora ed ha già dato ottimi risultati. Ad ogni alunno delle scuole di Bologna corrisponde una cartella personale, alla quale, in moltissimi casi, si aggiunge la relativa lastra radiografica. Un Comitato di insigni professionisti, di cui è presidente l'illustre sen. Viola, si convoca frequentemente per esaminare le risultanze delle quotidiane osservazioni e per impartire le opportune direttive ai medici preposti al controllo.

Altrettanto energica e tenace ed efficace è la lotta contro la malaria, nella quale l'opera del Ministero degli interni è prevalentemente sussidiaria, poichè la vera battaglia di ogni giorno, di ogni ora, è combattuta mediante la graduale attuazione della legge Mussolini per la Bonifica Integrale.

Non voglio pensare che il senatore Maragliano possa credere ad una scarsa sollecitudine del Governo nella vigilanza dell'azione antitifica. Posso assicurarlo che il trattamento immunizzante antitifico è quasi dovunque attuato nei casi prescritti e che nel 1930 è stato largamente applicato nelle contingenze di taluni episodi epidemici. I casi denunciati sono stati, nel 1930, 29.970 mentre erano 31.128 nel 1929 e 36.794 nel 1927. Non sono grandi risultati, ma sono risultati.

Desidero anche assicurare al senatore Menozzi che i provvedimenti adottati nella Valtellina contro l'endemia del gozzo saranno estesi senza indugio là dove se ne rilevasse l'opportunità.

A tutti gli oratori che hanno trattato dei servizi sanitari desidero dare le più ampie assicurazioni per tutto ciò che si riferisce all'unità di metodo e di direzione. La molteplicità delle iniziative non esclude affatto quell'indirizzo unico e costante, che è nel desiderio e nel volere di tutti.

Correlativamente al divenire dei compiti sempre più vasti, di igiene, di assistenza e di profilassi sociale, devoluti alla Direzione generale della Sanità pubblica, maggiormente oggi è sentita la necessità di sempre nuovi perfezionamenti nella pratica dei servizi per conformarli alle nuove acquisizioni scientifiche ed ai nuovi bisogni. Occorre, così, anche aggiornare e completare la competenza tecnica del personale addetto ai servizi stessi, sia esso governativo, sia dipendente dalle Provincie e dai Comuni.

All'attuazione di questa particolare esigenza è venuta incontro la benemerita Fondazione Rockefeller, con una cospicua elargizione per la costruzione di un « Istituto Italiano di sanità pubblica ».

L'Istituto, che potrà essere completo fra due anni, si prefigge, fra i suoi compiti da svolgere alla diretta dipendenza del Ministero dell'Interno, la costituzione di una scuola di preparazione a carattere essenzialmente pratico, che varrà ad educare e addestrare il personale tecnico da adibire alle mansioni ed ai servizi di igiene e di sanità pubblica.

Lotta contro gli stupefacenti.

L'on. Cavazzoni si è largamente occupato della diffusione delle sostanze stupefacenti.

Il nostro Paese non è produttore di « sostanze stupefacenti »; di queste esso deve importare dall'estero tutto il quantitativo che gli occorre per il consumo medico o per i bisogni dello Stato. D'altra parte, esso non è, attualmente, neppure fabbricatore di prodotti derivati se non per quantità del tutto trascurabile.

Questa circostanza permette l'esercizio di un rigoroso controllo sul movimento degli stupefacenti, controllo che, per quanto riguarda la importazione, la esportazione e il transito, si fonda essenzialmente sul sistema dei « certificati di autorizzazione », il cui rilascio ai soli possessori di speciali tessere di autorizzazione al commercio, è demandato al Ministero dell'Interno e da questo direttamente praticato. È così stato possibile contenere il movimento di importazione entro i limiti corrispondenti a quelli del consumo.

Non meno severo è il controllo sul movimento interno di tali sostanze, il cui sistema si fonda sull'obbligo della « richiesta » da parte dei farmacisti e della vidimazione di essa da parte dei Podestà.

Esso comunque ha dimostrato che è possibile contenere il consumo di sostanze così pericolose dentro i più stretti limiti della necessità. Ne offrono una prova convincente le cifre relative alla importazione durante il periodo che va dal 1925 al 1930. Esse segnano una graduale e costante diminuzione. Dai 3330 chilogrammi di oppio, importati nel 1925, siamo discesi nel 1930 a 2211 chilogrammi. Per la morfina da 305 chilogrammi a 158, per l'eroina da 182 chilogrammi a 90, per la cocaina da 218 a 113.

Non ho nessuna difficoltà a riconoscere che per raggiungere la desiderata sempre maggiore limitazione riuscirebbe particolarmente efficace l'adozione del monopolio di Stato per la fabbricazione degli stupefacenti. Gli studi per l'attuazione di tale programma sono già stati intrapresi, ma non è il caso di tacere o soltanto di dissimulare che si tratta di un argomento complesso che coinvolge cospicui interessi e notevoli difficoltà di applicazione.

La lotta contro lo smercio di tali sostanze fu, nel 1930, assai proficua, raggiungendosi un totale di droghe sequestrate di 24 chilogrammi in confronto ai cinque circa del precedente anno.

Altri problemi sociali.

Nella *lotta contro l'alcoolismo* gli organi di Polizia proseguono nell'attuare la graduale riduzione degli spacci pubblici ed anche nell'anno decorso essi hanno proceduto alla chiusura di 2738 esercizi.

Anche durante l'anno testè decorso venne perseguita con ogni cura la *tutela della natalità* identificando e denunziando all'Autorità giudiziaria gli autori ed i complici di procurati aborti.

È, peraltro, ragione di conforto il fatto che anche in questa categoria di reati si nota una notevole diminuzione.

L'on. Arpinati tratta anche della *tutela della morale* e si occupa di altri problemi sociali.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Albino (*Bergamo*). — Col 30 aprile p. v. scade concorso, bandito 13 gennaio p. p., 3ª Condotta medica di questo Comune comprendente territorio ex Comune di Vall'Alta e frazioni Oltreserio. Stipendio residenziale L. 8000. Cinque quinquenni, mezzi di trasporto L. 500, spesa ambulatorio lire 500, salvo ritenute e riduzione 12 %. Documenti di rito. Per schiarimenti rivolgersi Segreteria Comunale.

Benetutti (*Sassari*). — Scad. 25 apr.; L. 9500 e c.-v.; se uff. san. L. 800; riduz. 12 %; età lim. 40 a.

Castelcivita (*Salerno*). — Seconda condotta. Stipendio annuo L. 7000 con riduzione disposta R. D. Legge 20-11-930 N. 1491, al lordo di riten. di R. M. e contributi Cassa Previd. ed I. N. I. E. L., aumentabile di un decimo ogni quadriennio e per cinque quadrienni. Indennità cavalcatura lire 1000. Età massima anni 45, salvo diritti del personale in carica presso altri comuni nonchè dei mutilati e combattenti. Tassa L. 50,10. Documenti di rito. Scadenza 30 aprile. Per altri chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale.

Cremona. *Amministraz. degli Ospedali Maggiore ed Ugolani Dati.* — Dirigente specialista del Comparto Oftalmico; titoli ed eventualm. esami; L. 7000 ridotte 12 %, c.-v. ai coniugati; 4 anni di aiuto o assistente in Clinica oculistica o grande Ospedale. Tre posti di medico aggiunto, per comparti di Medicina, Chirurgia, Maternità; titoli ed esami; L. 8000 ridotte 12 %; c.-v. ai coniugati; 3 anni in Clinica universitaria o grande Ospedale. Per tutti età lim. 42 a.; scad. 15 mag., ore 16. Tassa L. 50. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Consiglio Amministrativo.

Ferriere (*Piacenza*). — Prima condotta. Stipendio L. 11.000. Per cavalcatura L. 4200. Documenti di rito entro il 17 aprile. Per altri chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale.

Milazzo (*Messina*). — Scad. 20 apr.; uff. san.; L. 6500 e compensi prestazioni; età lim. 45 a. Titoli ed esami. Rivolgersi R. Prefettura di Messina.

Monsummano (*Pistoia*). — Scad. 3 mesi dal 15 mar.; per Montevettolini; L. 7040 e 5 quinquenni dec., oltre L. 1700 trasp., già ridotte; c.-v.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

Muggio (*Milano*). — Scad. 30 apr.; L. 9000 oltre L. 850 se uff. san., da ridurre; 5 quadrienni dec.; tassa L. 50,15; età lim. 35 a.

Nocera Umbra (*Perugia*). — Scad. 15 apr.; due condotte; L. 7040 e L. 7020, oltre L. 528 serv. att., quinquenni, c.-v.; trasp.; tassa L. 50.

Novara. *Amministrazione del Monte di Pietà.* — Per titoli. Medico Primario della Seconda Sezione Suburbana. Stipendio annuo L. 8000. Assegno L. 3500 per indennità trasporto. Le domande vanno presentate entro il 30 aprile alla Segreteria del Monte di Pietà, alla quale potranno essere richiesti altri chiarimenti.

Numis (*Udine*). — Scad. 30 apr.; L. 10.000 oltre L. 600 serv. att., L. 3000 trasp., L. 1000 se uff. san., c.-v.; tassa L. 50,10.

Ponte dell'Olio (*Piacenza*). — Per titoli. Stipendio annuo lordo L. 11.000. Indennità integrazione L. 1740. Indenn. di cavalcatura L. 3840. Ambulatorio L. 400. Aumento del decimo ogni quattro anni e per cinque volte. Età massima anni 35, salvo eccezioni di legge. Documenti di rito. Per ricevere il bando di concorso rivolgersi alla Segreteria Comunale. Scadenza 10 aprile.

Ragusa. *Amministrazione Provinciale.* — Direttore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e Profilassi. Stipendio L. 16.000, con due scatti quadriennali di L. 800 il primo e L. 1000 il secondo. Indennità servizio attivo L. 4200. Caroviveri di Legge. Gli stipendi e le indennità sono soggette alle ritenute del 12 % a norma del R. D. L. 20 novembre 1930. Scadenza 15 maggio 1931. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale.

S. Valentino Torio (*Salerno*). — Scad. 20 apr.; L. 6500 e 4 quadrienni dec.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15.

Simanis (*Cagliari*). — Scad. 15 apr.; L. 9000 e 4 quinquenni dec., oltre L. 1500 cav., L. 500 uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.

Udine. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. Direttore della Sezione Chimica. Stipendio L. 15.000. Indennità di serv. attivo L. 4000, più il 25 % sui proventi di Laboratorio. Coadiutore della Sezione Chimica. Stipendio L. 12.500; indennità serv. attivo L. 3000, più il 15 % sui proventi di Laboratorio. Coadiutore della Sezione Medico-Micrografica. Stipendio L. 12.500; indennità di serv. attivo L. 3000, più il 15 % sui proventi di Laboratorio. Per tutti sei aumenti periodici del decimo dello stipendio, di cui i primi quattro quadriennali e i due ultimi quinquennali. Riduzione del 12 %. Divieto di libero esercizio professionale. Tassa L. 50,10. Scadenza ore 18 del 30 aprile.

Vercelli. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Coadiutore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e Profilassi. Stipendio annuo iniziale lordo lire 17.000, oltre a L. 2000 di indennità, il tutto ridotto del 12 %. Sei aumenti quadrienn. del decimo sullo stipendio. Documenti prescritti dall'articolo 8 del R. D. 16 gennaio 1927, N. 155, oltre a copia dello stato di servizio militare per chi lo abbia prestato. Scadenza 5 maggio. Per chiarimenti e per ottenere l'avviso di concorso rivolgersi alla Segreteria Provinciale.

Verona. *Municipio.* — Medico scolastico; a tutto 30 apr.; L. 14.850 e quadrienni, oltre L. 3500 serv. att., c.-v.; età lim. 35 a. Chiedere annunzio.

Verres (*Aosta*). — Scad. 20 mag.; consorzio. Rivolgersi Segreteria.

Vigolo (*Bergamo*). — A tutto 10 giu.; con Parzanica; L. 10.000, oltre addizionali di L. 2 e di L. 5 per tutti gli inscritti, L. 1500 trasp., L. 500 uff. san., L. 300 ambulat., c.-v., quinquenni dec.; età lim. 40 a.; doc. a 3 mesi dal 10 mar.

Cerco Collega disposto collaborare in bene avviato Gabinetto Dermosifilopatico nel centro Roma. Scrivere Tessera Ufficiali M. V. S. N. n. 09544 fermo posta, Roma.

Concorsi a premi.

Fondazione « Carlo Forlanini ».

Il Consiglio direttivo della Fondazione ha bandito tre concorsi a premi. Uno riguarda una borsa di studio, di L. 15.000, per laureati italiani in medicina che dimostrino di essere preparati a recarsi in un Istituto italiano od estero, onde compiervi ricerche sulla tubercolosi in generale e sulla polmonare in specie. Scad. 30 maggio. Il secondo concorso, con premio di L. 20.000, riguarda ricerche sulla tubercolosi, specialmente polmonare; questa somma deve essere impiegata in materiale di lavoro. Scad. 31 dicembre. Il terzo premio, di L. 10.000, riguarda uno studio su le proprietà biologiche del calcio e l'azione sua nel decorso della tubercolosi. Scade il 30 aprile 1932.

Per chiarimenti rivolgersi alla Fondazione, via Francesco Sforza 35, Milano.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Siamo lieti di annunziare che il Capo del Governo ha chiamato il prof. Giuseppe Bastianelli a succedere al compianto prof. Vittorio Ascoli come direttore della Scuola Superiore di Malariologia.

La nomina del prof. Bastianelli, che è stato uno dei collaboratori al lavoro italiano sulla trasmissione della malaria, ci dà la certezza che la Scuola soddisferà il compito per cui è stata creata.

Il « Policlinico » esprime il suo più vivo compiacimento per questa nomina.

Sono trasferiti i proff. Belmondo Ernesto, di clinica delle malattie mentali e nervose, da Padova a Cagliari; Frontali Gino, di clinica pediatrica, da Pavia a Padova; Marassini Alberto, di patologia generale, da Bari a Parma; Neri Filippo, d'igiene, da Pisa a Firenze.

Il prof. Visco Sabato, di fisiologia alla Facoltà medica di Sassari, è stato chiamato alla cattedra di fisiologia generale della Facoltà di Scienze a Roma.

Il prof. Ugo Cassinis è nominato commissario straordinario della Federazione Italiana Medici Sportivi, in sostituzione dell'on. prof. Ermanno Fioretti, che ha rassegnato le dimissioni da presidente.

La medaglia Gibbs dell'Associazione Chimica Americana è stata assegnata al dott. Phoebus A. Levene, dell'Istituto Rockefeller. È questa la più alta onorificenza degli Stati Uniti per la chimica. È la terza volta, su 20 assegnazioni, che viene conferita ad un medico. Il Levene è un russo; appartiene all'Istituto Rockefeller dal 1905; è noto per i suoi studi sugli acidi nucleinici, gli aminozuccheri e le lecitine. La cerimonia del conferimento avrà luogo in maggio.

Il premio Salmon è stato conferito, per la prima volta, dall'Accademia Medica di New York al dott. Adolf Meyer, professore di psichiatria alla Scuola Medica dell'Università Johns Hopkins e direttore della Clinica psichiatrica Henry Phipps a Baltimora. Egli terrà le conferenze intitolate al Salmon pel 1931 e riceverà un onorario di 1500 dollari, pari a circa 48,000 lire it.

Al dott. Simon Flexner, dell'Istituto Rockefeller per ricerche mediche, è stata conferita la medaglia d'oro William Wood della Società Patologica di Filadelfia.

L'Accademia delle Scienze del Belgio ha conferito il premio Gluge per la fisiologia al dottor L. Brouha di Liegi, per i suoi lavori sulla funzione sessuale dell'ipofisi.

Il premio biennale della fondazione Martin Herman, destinato a compensare i lavori scientifici dei medici belgi nel campo dell'igiene del lavoro e dell'infortunistica, è stato assegnato al dott. M. van Themsche, medico ispettore d'igiene presso la Società Nazionale delle Ferrovie del Belgio.

Il re Alfonso XIII ha conferito l'Ordine del Toson d'Oro al prof. Carlos Maria Cortezo, direttore del « Siglo Médico », presidente del Consiglio di Stato spagnolo, presidente della Reale Accademia di Medicina di Madrid; più volte il Cortezo è stato Ministro della Pubblica Istruzione; è presidente d'onore della Federazione della Stampa Medica Latina. — È questa la prima volta che l'alta onorificenza viene assegnata ad un medico. Rallegramenti.

La Facoltà medica di Bucarest ha chiamato il prof. Bacalogio, di anatomia patologica, alla direzione della 3ª clinica medica, in sostituzione del prof. Demitri Jonesco, deceduto.

L'Accademia di Medicina di Parigi ha nominato soci corrispondenti stranieri il prof. C. Chagas di Rio de Janeiro (Brasile) e il dott. A. Rollier di Leysin (Svizzera); ha nominato corrispondenti nazionali il prof. H. Costantini d'Algeri e il dott. Le Roy des Barres di Hanoi.

Il col. E. P. Bicknell è nominato segretario generale della Lega delle Società della Croce Rossa, in sostituzione di T. B. Kittredge, dimissionario.

Il dott. Maurice Genty è nominato bibliotecario dell'Accademia di Medicina di Parigi, in sostituzione del compianto dott. Busquet. Egli è un cultore di storia della medicina; hanno avuto largo successo le sue « Biographies médicales ». È segretario di redazione del « Progrès Médical ».

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Trieste

Alla Sezione di Trieste della Lega italiana contro il cancro.

Sotto la presidenza del prof. G. Manni, il 26 gennaio ebbe luogo una seduta scientifica, nella quale il dott. Vittorio Romanin, assistente dell'Ospedale Civico R. Elena, ha tenuto una relazione sul tema: « *Apparato glicoregolatore e tono vegetativo nei tumori maligni* ». L'O. ha esposto i risultati di una serie di ricerche personali sul meccanismo glicoregolatore nei tumori maligni e ha concluso che, mentre la glicemia a digiuno si mantiene nei limiti normali, la curva glicemica alimentare presenta nei carcinomatosi un andamento tipico per quanto riguarda la discesa, che si istituisce in forma molto più lenta che di norma, mantenendosi notevolmente elevata nei valori per maggior tempo. Un tale comportamento della glicemia alimentare — pur essendosi talvolta riscontrato anche in altre affezioni morbose, ma sempre in forma molto più indebolita — può venir preso in considerazione, sempre col massimo riserbo, come coadiuvante diagnostico nei casi dubbi di tumore maligno. Un risultato negativo invece, cioè una curva glicemica normale, può escludere quasi sicuramente la diagnosi di tumore.

L'O. inoltre, sulla base di varie prove comparate per l'esplorazione del sistema nervoso vegetativo, ammette che la stimolazione di entrambi i sistemi sposta nello stesso senso il normale equilibrio glicemico, ma che un'esatta valutazione di tutti i fenomeni accessori che si accompagnano alla stimolazione del vago consente — nella maggior parte dei casi — d'orientarci verso uno stato di aumentata eccitabilità parasimpatica nei tumori maligni.

L'interessante relazione è stata seguita attentamente dai numerosi colleghi intervenuti.

NOTIZIE DIVERSE.

1° Congresso romeno sulla tubercolosi.

È organizzato dalle due Società romene « Per lo studio della tubercolosi » e « Profilassi della tubercolosi » ed avrà luogo dal 31 maggio al 2 giugno in Bucarest. Temi: « La tubercolosi in Romania » (rel. Irimesco); « La vaccinazione antitubercolare col vaccino Calmette » (rel. Cantacuzène); « La collassoterapia » (relatori Balanesco e Théodereano). Per informazioni rivolgersi al segretario generale, dott. Nasla, quai Davila 6, Bucuresti, Romenia.

Consorzio Prov. antitubercolare di Roma.

Sotto la presidenza del principe don Piero Colonna si è riunita la Giunta esecutiva del Consorzio provinciale antitubercolare di Roma; alla seduta erano presenti i membri: on. Morelli, i proff. Margarucci, Pecori, Sirleo, l'on. De Pretis, il comm. Passalacqua; assenti giustificati: comm. Viola e avv. Scotti. Assistevano alla seduta il prof. Benedetti, direttore del Consorzio, e il segretario Corsi.

Il presidente, dopo avere rivolto un mesto e sincero saluto di compianto alla memoria del prof. Ascoli, vice presidente del Consorzio, espone succintamente tutto il lavoro finora svolto, riguardante la complessa organizzazione delle opere e dei servizi affidati dalla legge al Consorzio; annunzia così, con vivo compiacimento, l'ottenuta adesione della Croce Rossa Italiana e degli Ospedali Riuniti di Roma all'opera del Consorzio nella coordinazione delle rispettive attività. Partecipa poi la compiuta riorganizzazione di tutti i servizi relativi alla sede centrale del Consorzio, che dà a questo Ente il carattere essenzialmente sanitario che la legge gli demanda.

Il presidente inoltre ha presentato proposte concrete relative alla istituzione di una rete dispensaria per tutta la provincia.

Ha partecipato l'adesione di alcuni Comuni all'iniziativa del Consorzio di concorrere all'istituzione di Colonie profilattiche.

Ha fatto altre interessanti comunicazioni.

La Giunta esecutiva unanime ha approvato, compiacendosi dell'importante lavoro finora eseguito, sicuro auspicio dello sviluppo che dovrà assumere il Consorzio di Roma.

Corso complementare d'igiene a Napoli.

Si terrà dal 30 aprile al 30 giugno nell'Istituto d'Igiene della R. Università di Napoli, con particolare riguardo alla preparazione ai posti di ufficiale sanitario; tassa L. 300; modalità consuete.

Corsi di perfezionamento in chirurgia infantile e ortopedia.

Avranno luogo a Bordeaux, sotto la direzione del prof. H. L. Rocher, rispettivamente dal 1° al 9 giugno e dal 15 al 20 giugno; tassa d'iscrizione per ciascun corso franchi 200. Le iscrizioni si ricevono presso la segreteria della Facoltà di Medicina.

Corso di malariologia a Padova.

Dall'11 maggio al 10 giugno si terrà, presso il R. Istituto d'Igiene di Padova, un « corso di cultura in malariologia » per medici, sotto la direzione del prof. O. Casagrandi, con la cooperazione dell'Istituto autonomo per la lotta antimalarica nelle Venezie. Tassa L. 300,50.

Centro di accertamento diagnostico del cancro a Parma.

Secondo un programma di azione tracciato dalla Direzione generale di sanità pubblica per la lotta contro il flagello del cancro, è stato costituito, presso la R. Università di Parma, un Centro di accertamento diagnostico per i tumori maligni. A completamento di tale Centro è stata riconosciuta la necessità di dotare l'Università di un quantitativo di radium che, pure in modeste proporzioni, possa corrispondere adeguatamente al trattamento curativo dei tumori. A tale scopo è stata tenuta presso il Palazzo del Governo e presieduta da S. E. il Prefetto della Provincia, una riunione di Enti e di privati.

Dopo uno scambio di vedute, su proposta di S. E. il Prefetto è stata nominata, per l'azione da svolgere, una commissione composta del Rettore dell'Università, del Segretario federale, del Preside della provincia e del Podestà.

Un ambulatorio per la pratica degli studenti a St. Louis.

Presso la Scuola Medica della Università Tulane a St. Louis è stato inaugurato lo « Hutchison Memorial Building », reso possibile da una elargizione della Fondazione Rockefeller pari a circa 24 milioni di lire it., allo scopo di addestrare gli studenti medici nell'esame e nel trattamento ambulatorio dei malati. Vi sono 125 gabinetti medici, arredati come quelli di un medico esercente. A ciascuno di essi è addetto uno studente, che si comporta in tutto come se fosse il medico nell'esame e nella cura dei malati, ma sotto la sorveglianza di un medico istruttore.

L'assistenza pubblica di Parigi.

Il bilancio dell'« Administration parisienne de l'Assistance publique » è preventivato per il 1931 in 602.761.607 franchi, il che segna un aumento di oltre 43 milioni di franchi sul 1930. L'assistenza pubblica di Parigi mantiene 40.030 letti in ospedali, ospizi ed altre istituzioni similari.

Successi della radiumterapia in Inghilterra.

Il « Medical Research Council » dell'Inghilterra ricevette in consegna dal Governo, vari anni or sono, una discreta quantità di radium, e la distribuì ad alcuni grandi ospedali e istituti universitari, affinchè fosse saggiata per la cura del cancro. Ora il Consiglio ha condotto un'inchiesta sui risultati ottenuti (Special Report Series, n. 150, Londra 1930). Essi sono incoraggianti.

In origine si praticarono poche cure; quindi non si hanno molti dati su esiti a lunga scadenza. Notiamo, a ogni modo, che in un quinto dei casi di carcinoma della mammella, dichiarati inoperabili, le pazienti erano ancora in vita dopo 2-3 anni, senza segni apparenti della malattia. Risultati analoghi si sono avuti per il carcinoma della cervice; tuttavia nessuna paziente trattata da oltre 5 anni era ancora viva. Questi risultati consigliano, anzi impongono, la radiumterapia — o la roentgenterapia — in tutti i casi inoperabili, anche se apparentemente disperati.

Medici idrologi italiani in Ungheria.

L'annunziato viaggio in Ungheria di una comitiva di medici idrologi e di industriali delle Terme italiane — promosso dalla Federazione Nazionale Fascista dell'Industria Idro-Termale, con gli auspici dell'E. N. I. T. — avrà luogo, assai probabilmente, nella prima decade di maggio. Si ha notizia di una eccezionale riduzione delle ferrovie nazionali ungheresi e di particolarissime agevolazioni da parte dei migliori alberghi. Si annunciano pure molti tratti di ospitalità. I partecipanti saranno accompagnati dal presidente della Federazione, gr. uff. Rebucci.

I medici della Germania.

Secondo i dati raccolti nel « Reichs-Medizinal-Kalender für Deutschland » del 1931, la Federazione Germanica nell'ottobre 1930 contava 49.974 medici esercenti, fatta esclusione della regione della Saar e della città libera di Danzica, ove si annoveravano altri 496 medici. A quel numero erano da aggiungere 2893 medici non esercenti (5,8 %). Gli empirici erano 37.243.

Tra gli esercenti si annoveravano 2794 direttori d'istituzioni, 7041 addetti ad istituzioni ecc. Le medichesse esercenti erano 2807.

Negli ultimi anni si è avuto un rapido aumento di medici e sovratutto di medichesse.

I medici del Giappone.

Nel 1930 figuravano nel Giappone 48.804 medici, dei quali però solo 43.676 esercenti, ossia 6,94 ogni 10.000 abitanti. I dentisti erano 15.573 (2,31 ogni 10.000 abit.) le infermiere 49.399 (7,69); i farmacisti 18.366 (2,92). Rispetto al 1929 si era avuto un aumento di 944 medici. Nel mese di marzo 1931 (epoca delle lauree) si contano 2790 candidati.

Fondo-prestiti per medici francesi.

Il dott. Débat, fabbricante di rimedi dermatologici, ha istituito un fondo per assegnare dei prestiti ai medici, impegnandosi a versare 100.000 franchi l'anno, fino alla concorrenza di un milione.

Come ne demmo già notizia, lo stesso industriale due anni or sono istituì cento borse di vacanze da 1000 franchi ciascuna, a favore di studenti medici, per il periodo estivo. Egli ha anche assegnato 100.000 franchi alle due associazioni francesi di studenti medici (« Association générale » e « Association corporative »), per l'istituzione di una biblioteca medica circolante.

Nella stampa sanitaria.

L'« American Journal of Cancer » continua il « Journal of Cancer Research ». È considerevolmente aumentato di mole e d'efficienza: basti dire che il primo fascicolo costituisce addirittura un grosso volume, in 8° grande, di 561 pagine, e comprende 16 lavori originali, con numerose tavole e figure, ed un migliaio di recensioni. Crediamo che non si trovino altri esempi del genere nella letteratura medica.

Il periodico è organo ufficiale dell'Associazione Americana per lo studio del cancro e della Società Americana per la lotta contro il cancro; è pubblicato dall'Istituto per lo Studio del Cancro dell'Università Columbia di New York, a cura del direttore, Francis Catter Wood. Il prezzo d'abbonamento ne è tenuto molto basso (5 dollari negli Stati Uniti, 5,50 in altri Paesi), allo scopo di rendere il periodico accessibile a tutti coloro che s'interessano al problema del cancro. Redazione e amministrazione hanno sede a New York City (rispettivamente: Amsterdam Avenue 1145 e Madison Avenue 654).

Il Prof. Vittorio Ascoli commemorato all'Accademia Lancisiana.

Il 26 marzo, aprendo la seduta dell'Accademia Lancisiana, il presidente on. prof. Fioretti ha rievocato la memoria dell'illustre clinico recentemente scomparso ed ha invitato i presenti ad un minuto di raccoglimento per onorare l'estinto.

Seguì lo svolgimento delle comunicazioni, di cui daremo notizia in un prossimo numero.

Il prof. Keen.

Il 19 gennaio ha celebrato il 94° compleanno, a Filadelfia, il dott. William W. Keen, il quale ha insegnato clinica chirurgica in varie Scuole degli Stati Uniti ed è stato presidente dell'Associazione Medica Americana.

Un busto a Nicolle.

In conformità ad una decisione del Consiglio Municipale di Rouen, un busto di Carlo Nicolle — direttore dell'Istituto Pasteur di Tunisi — è stato collocato all'ingresso dei nuovi laboratori della Scuola di medicina e farmacia di Rouen, per ricordare il periodo in cui il grande microbiologo ebbe ad insegnare nella Scuola stessa.

Violazione del segreto professionale.

Alla « Société des chirurgiens de Paris » il prof. Gosset, traendone lo spunto da una comunicazione di un socio, relativa ad un illustre fisiologo operato tre giorni prima, protestò vivamente contro questa forma di violazione del segreto professionale e ricordò, per deplorarle, le pubblicazioni fatte, alcuni mesi prima, da « L'Illustration » sui progressi della malattia del maresciallo Foch, il quale era un urinario e soccombette all'uremia. Una serie di fotografie dimostrava la decadenza fisica progressiva del Foch e prospettava sotto una luce sfavorevole quella figura storica.

La Società approvò il prof. Gosset; l'autore della comunicazione pregò che questa non fosse inserita nel Bollettino della Società.

In tema di chirurgia estetica.

Il dott. Dujarrier, chirurgo degli ospedali di Parigi, era stato reso responsabile da una cliente — signora Le Guen — dell'amputazione di una gamba, alla quale egli era stato costretto a causa della gangrena sviluppatasi dopo un intervento destinato a correggerne l'iperplasia adiposa. Ella chiedeva mezzo milione di franchi d'indennizzo. La 1ª Camera del Tribunale aveva ammesso la responsabilità del chirurgo e lo aveva condannato a 200.000 franchi. La 1ª Camera della Corte d'Appello, con sentenza del 2 marzo, lo ha assolto; la sentenza deplora però che egli non abbia preavvisato la cliente dei rischi che ella correva.

Il Sindacato dei chirurghi aveva chiesto di farsi rappresentare al processo; ma ne è stato escluso, come non direttamente interessato.

Incerti professionali.

Un operaio di Napoli — Luigi Constabile — era stato curato e guarito di un infortunio sul lavoro, dal dott. Fortunato Santaniello. Non riuscendo a liquidare un indennizzo dalla Cassa Nazionale Infortuni, ne accusava il medico, contro cui, in un momento d'esasperazione, esplodeva cinque colpi di rivoltella, ferendolo ad un braccio.

Esplosione durante un intervento operativo.

In un ospedale di Los Angeles (California) si praticava una laparotomia, in una paziente 43enne, anestetizzata con ossido nitroso ed ossigeno; l'anestesia venne giudicata insufficiente e si volle completarla con etere; pochi momenti dopo, avveniva un'esplosione: l'operanda morì sul colpo. La necroscopia dimostrò minutissime emorragie endopolmonari, da rotture degli alveoli e dei bronchioli, e molte piccole cavità tra i polmoni e le pleure. Sul mento si riconosceva una piccola scottatura. Sembra che l'esplosione sia stata provocata da una piccola scintilla elettrica, per una applicazione diatermica in altra paziente, il che determinava intorno alla operanda un campo elettrostatico.

Morte di un filantropo.

È morto all'età di 87 anni il padre GIUSEPPE DUTTON che da più di 44 anni curava i malati di lebbra nell'isola di Molokai (Hawai). Durante tale lunga e intima permanenza tra i lebbrosi, padre Giuseppe non ha contratto nulla del terribile male, ciò che darebbe ragione alla teoria più recente che la lebbra non sia contagiosa.

È morto il prof. ANDREW BALFOUR, personalità tra le più eminenti della medicina inglese. Si distinse quale ufficiale sanitario di Cartum (Egitto), ove egli riuscì a debellare completamente la malaria. Quale direttore dei Laboratori Wellceme, nella stessa città, compì studi molto interessanti sulle spirochete dell'uomo e degli uccelli e sulle forme leishmanioidi cutanee. Ottenne che fosse allestito un laboratorio galleggiante, con cui percorse il Nilo fino alle sorgenti e raccolse una messe pregevole di osservazioni sulle protozoonosi. Nel 1913 fondò i laboratori Wellcome a Londra. Nello stesso anno compì un viaggio di studi nell'America centrale e meridionale; ivi giunse alla conclusione che le scimmie sono serbatoi del virus della febbre gialla, teoria poi confermata. Durante la guerra assunse compiti vari di responsabilità. Nel 1923 fu fatto direttore della Scuola di Medicina Tropicale di Londra, dovuta prevalentemente alla liberalità della Fondazione Rockefeller, e ne sorvegliò la costruzione e l'organizzazione, anche nei particolari, rivelando qualità di prim'ordine. Presiedette anche la Reale Società di Medicina Tropicale di Londra. Ha pubblicato numerose memorie scientifiche e varie opere, tra cui « Sanità pubblica e medicina preventiva », « Problemi sanitari dell'Impero britannico », ecc.

Ringraziamenti.

Ai molti giornali medici italiani e stranieri, ai numerosi abbonati, che ci hanno espresso le loro condoglianze per la morte del prof. Vittorio Ascoli, vadano i nostri sentiti ringraziamenti.

Indice alfabetico per materie.

V. Ascoli †, Red. capo. A. Pozzi, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

Agli abbonati del " Policlinico ,,

☛ **A rate mensili:**

I signori abbonati che desiderano fornire la propria biblioteca delle seguenti opere edite dalla nostra Casa, tengano presente che essi, oltrechè alle condizioni qui sotto annunziate per l'acquisto a contanti, possono anche ottenerle pagandone il relativo ammontare, calcolato a prezzo di copertina, *coll'invio anticipato di un terzo all'atto della richiesta, o col versamento del predetto* **terzo** *al ricevimento delle medesime in* **pacco gravato d'assegno,** *ed il restante ammontare mediante rate mensili di L.* 20 *ciascuna, sino alla estinzione dell'importo totale delle opere stesse.*

Prof. G. DE VINCENTIIS
docente di Patologia e Clinica Oculistica nella R. Università di Napoli.

MANUALE di OCULISTICA

ad uso dei Medici pratici e degli Studenti.
Prefazione del Prof. ARNALDO ANGELUCCI.

Un grosso volume di pagg. XVI-622, nitidamente stampato su carta semipatinata, con 259 figure in nero ed a colori nel testo e 8 tavole a colori fuori testo.

Il prezzo del volume è di L. **68** più L. **3** per le spese postali di spedizione.

Ai nostri abbonati disposti a pagarne il prezzo subito in una sola volta, il Manuale è ceduto per sole L. 63, franco di porto a domicilio.

Prof. GUGLIELMO BILANCIONI
Direttore della Clinica Oto-rinolaringoiatrica della R. Università di Roma.

Manuale di Oto-Rino-Laringojatria.

Volume I. — Parte Generale.

Naso e cavità annesse.

Un volume in-8°, di pagg. XVI-524, nitidamente stampato su carta semipatinata, con 224 figure, in gran parte originali, intercalate nel testo. Prezzo L. **58.** Per i nostri abbonati sole L. **53,25.**

Volume II. — PARTE PRIMA.

Bocca - Faringe - Timo - Tiroide

Un volume di pagg. VIII-336, nitidamente stampato su carta semipatinata con 234 figure nel testo. Prezzo L. **45.** Per i nostri abbonati sole L. **41,90.**

Volume II. — PARTE SECONDA.

Laringe - Trachea - Esofago

Volume di pagg. VIII-594, nitidamente stampato su carta semipatinata, con 404 figure nel testo. — Prezzo L. **68.**
Per i nostri abbonati sole L. **60** in porto franco.

Volume III. — **L'orecchio.**

Volume di pagg. VIII-568, nitidamente stampato, con 312 figure intercalate nel testo. Prezzo L. **65.** Per i nostri abbonati sole L. **60** in porto franco.

Prof. GUGLIELMO BILANCIONI
della R. Università di Roma

La voce parlata e cantata, normale e patologica.

Guida allo studio della fonetica biologica

Prefazione del Prof. SANTE DE SANCTIS
della R. Università di Roma

Un volume (N. 13) della nostra Collana Manuali del « Policlinico », di oltre 500 pagine, con 194 figure originali nel testo ed una riuscitissima illustrazione sulla copertina, nitidamente stampato su carta semipatinata. Prezzo L. **35,** più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. **32,90** franco di porto.

Prof. GUGLIELMO BILANCIONI

La laringe e il sistema nervoso cerebro-spinale

(Fisio-Patologia e Clinica).

Volume in 8, di circa 480 pagine, con 37 fifiure intercalate nel testo. Prezzo L. **18.** Per i nostri abbonati sole L. **16,90** franco di porto.

Dott. ARNOLFO CIAMPOLINI
Docente di Medicina Legale degli Infortuni nel R. Istituto di Studi Superiori in Firenze - Medico principale nelle Ferrovie di Stato.

La traumatologia del lavoro nei rapporti con la legge

(AD USO DEI MEDICI PRATICI)
Seconda edizione completamente rifatta e notevolmente ampliata.

Un volume di pagine XXIV-1004, nitidamente stampato su carta distinta ed artisticamente rilegato in piena tela, con inscrizioni sul piano e sul dorso.

Prezzo L. 80, più L. 3 per le spese postali di spedizione.

Coloro che desiderano ottenere il volume per sole L. **72** e risparmiare anche la spesa del pacco postale debbono inviare detto importo mediante Vaglia Postale o Bancario, all'editore LUIGI POZZI - Via Sistina, 14 - ROMA.

---

dello stesso prof. Ciampolini

La perizia nella pratica infortunistica

(GUIDA PER I MEDICI PERITI)
Prefazione del Prof. CARLO FERRAI
Direttore dell'Istituto di Medicina Legale della R. Università di Pisa

Un volume in-8°, di pagg. VIII-79 (N. 9 delle Monografie Medico-Chirurgiche di attualità), nitidamente stampato su carta semipatinata. — Prezzo L. **10.** Per i nostri abbonati sole L. **8,75** franco di porto.

---

dello stesso prof. Ciampolini.
Doc. di Medicina Legale degli Infortuni nel R. Istituto di Studi Superiori in Firenze

La diagnosi medico-legale della "Nevrosi dei traumatizzati ,,

(Il rilievo e il significato dei sintomi)

Prefazione del Prof. CESARE BIONDI
Direttore del R. Istituto di Medicina Legale della R. Università di Siena

Un volume in-8°, di pagine VIII-94 (N. 8 delle Monografie Medico-Chirurgiche d'attualità, Collezione del « Policlinico »), nitidamente stampato su carta semipatinata. — Prezzo L. **12.** Per i nostri abbonati sole L. **10,90** in porto franco.

Dott. Prof. ENZO ROMANELLI
Docente nella R. Università di Napoli.

Il Croup e la Tecnica della Intubazione

SOMMARIO:

STORIA, pag. 1-4. — STUDIO CLINICO, pag. 5 a 13. — MORFOLOGIA, pag. 16 a 26. — ISTRUMENTARIO, pag. 27 a 36. — TECNICA DELLA INTUBAZIONE, pag. 37 a 48. — TECNICA DELLA ESTUBAZIONE, pag. 49 a 68. — INTUBAZIONE E TRACHEOTOMIA, pag. 69 a 72. — CURA MEDICA DEL CROUP, pag. 73 a 78. — SIEROTERAPIA ANTIDIFTERICA, pag. 79 a 86. — MALATTIA DA SIERO (anafilassi), pag. 87 a 92. — PROFILASSI ANTIDIFTERICA, pag. 93 a 106.

Volume in-8°, di pagg. VIII-106. Prezzo L. **14.** Per i nostri abbonati sole L. **12,80** in porto franco.

☛ *Tanto i Vaglia per l'acquisto a contanti, quanto le richieste a pagamento frazionato, vanno indirizzate all'Editore LUIGI POZZI - Via Sistina, 14 - ROMA.*

ANNO XXXVIII Roma, 13 Aprile 1931 - IX Num. 15

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI †

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Istituto di Radiologia Medica della R. Università di Roma.
Direttore: prof. A. BUSI.

Su di un caso di metastasi ossee da carcinoma mammario trattato con vantaggio con la radiumterapia.

ANGELO SANTORO, aiuto.

La terapia delle metastasi ossee da carcinoma mammario costituisce sempre argomento di attualità. Data la frequenza di questa gravissima complicanza sempre letale, e data la impossibilità di giovare ad essa con altra terapia all'infuori di quella radiante, è duopo apportare a questo nuovo mezzo di cura tutti i perfezionamenti di tecnica, che valgono a migliorarne l'efficacia. E pertanto ogni contributo, anche modesto, può servire a dare luce all'arduo problema. È di questi giorni una pubblicazione del Ratti (*Rivista di Radiologia e fisica medica*, n. 4, 1930) sopra un caso di metastasi delle ossa del bacino trattato mediante la Röntgen-terapia, con risultato lusinghiero. Noi, traendo lo spunto dalla lettura di detto lavoro, abbiamo creduto utile rendere noto un nostro caso, in cui la curieterapia ha portato a risultati insperati. Riassumiamo la storia clinica:

P. Augusta, sarta, età a. 17. Nulla nell'anamnesi familiare. Nega lue, R. di Wassermann negativa. Nel gennaio 1929 notò una piccola tumefazione in corrispondenza della mammella di sinistra, che crebbe rapidamente. Fu fatta diagnosi di neoplasma, ed il 29 aprile la P. fu sottoposta ad intervento operativo, con asportazione completa della mammella. L'esame microscopico dimostrò un epitelioma a cellule cilindriche. Le condizioni della P. si mantennero buone fino a luglio dello stesso anno. In tale epoca a seguito di un brusco movimento di flessione laterale del tronco, incominciò a notare un dolore alla regione lombosacrale, che a mano a mano crebbe, divenne continuo e si associò ad una certa debolezza degli arti inferiori. In agosto fu sottoposta ad un esame radiografico in un gabinetto privato, e fu riscontrato un processo distruttivo iniziale in corrispondenza della 4ª e 5ª vertebra lombare, che fece subito pensare a metastasi ossea, secondaria al tumore mammario. Non fu fatta però alcuna cura.

Nel dicembre la p. incominciò a notare un dolore alla regione coxo-femorale di D., che, dapprima lieve, andò in seguito accentuandosi, fino

a diventare intollerabile e costringere l'ammalata a letto. Nei mesi successivi le condizioni peggiorarono sempre; l'arto inf. destro non fu più potuto muovere, si accorciò notevolmente, ed assunse la posizione di flessione obbligata sul bacino, dalla quale non poteva essere mossa senza che si

FIG. 1.

determinassero dolori atroci. La p. trovava tregua alle sue sofferenze solo con numerose iniezioni di morfina.

Il 18 giugno fu portata a noi in condizioni veramente miserevoli. Lo stato generale era deperito per cachessia grave, vi erano dolori atroci continui alla regione lombare ed alla regione coxo-

FIG. 2.

femorale D., e dolore intermittente alla regione coxo-femorale di S. La coscia destra era flessa sul bacino, e si notava un accorciamento di 10 cm.: l'anca si presentava deforme e fortemente sporgente in fuori, dolentissima alla palpazione. Sulla linea di cicatrice mammaria nella parte mediana esisteva un'ulcerazione torpida della grandezza di un soldo attuale, con fondo a scodella e bordi duri e rilevati. La p. era febbricitante, e la temperatura raggiungeva la sera i 38°,5-39°, con remissioni mattutine, accompagnate da scarsa sudorazione. Vi era anoressia completa con vomito alimentare e biliare frequente.

Si sottopone immediatamente la malata ad una indagine radiologica.

All'esame dei radiogrammi (vedi figg. 1-2-3) l'attenzione viene primieramente attratta dalle gravi lesioni che interessano l'articolazione coxo-femorale di D. La regione dell'acetabolo risulta invasa da una grande area di rarefazione, che, occupando tutto il sopraciglio ed il fondo cotiloideo, si estende in diretta continuità a tutto il margine anteriore dell'osso iliaco. L'estremità femorale, deformata, rigonfia e spinta in alto, è anch'essa invasa da un processo distruttivo; e sul fondo atrofico risaltano numerose isole opache. La struttura normale è completamente scomparsa. In corrispondenza del collo chirurgico, subito al di sotto del piccolo trocantere, il femore è fratturato, ed il moncone distale, di aspetto denso e compatto risale in alto. Altri focolai di rarefazione si notano dallo stesso lato in prossimità della cresta iliaca esterna, e, posteriormente, in corrispondenza della sinostosi sacro-iliaca. Anche l'estremità femorale S. è parzialmente invasa da processi distruttivi iniziali, percettibili sul gran

FIG. 3.

trocantere e sul collo anatomico. L'esame delle vertebre lombari mostra una parziale distruzione della 5ª e 4ª vertebra, la quale ultima si presenta deforme e schiacciata verso D., con conseguente scoliosi della colonna vertebrale. La 3ª vertebra mostra una lesione in corrispondenza dell'impianto dell'apofisi trasversa D., la quale è distrutta.

Queste alterazioni non potevano altrimenti interpetrarsi, se non come focolai osteoclastici determinati da metastasi carcinomatose secondarie al tumore mammario operato nell'aprile del 1929.

Fu esclusa la terapia Röntgen, sia perchè la P. non era trasportabile senza atroci sofferenze, sia

per l'avanzato stato di anemia, sia perchè la nostra esperienza ci confortava a un trattamento col Radium. Prima di iniziarlo però il 20 giugno si applicò alla gamba d. un apparecchio a trazione, per determinarne la estensione. L'apparecchio sopportato male all'inizio, a mano a mano fu meglio tollerato, e raggiunse in pochi giorni lo scopo: l'arto si distese, si allungò di circa 5 cm., ed il dolore diminuì.

Il 26 giugno fu iniziato il trattamento radiante. Su apparecchio in Pasta Columbia capace di ricoprire tutto il bacino, comprese le due regioni coxo-femorali, si disposero 150 mmg. Rae. in 15 fuochi radioattivi da 10 mmg. Rae. l'uno. Di questi, 10 furono posti in corrispondenza dell'emibacino di D., e 5 sull'articolazione dell'anca di sinistra, alla distanza di 6 cm. fuoco-pelle, e con filtro corrispondente a 2 mm. Pt. L'apparecchio fu tenuto in posto 21 giorni consecutivi. Dopo circa 8 giorni i dolori erano scomparsi e la p. non ebbe più bisogno di morfina durante il giorno. Solo la notte praticava, più per sottostare ad una abitudine, una iniezione di Pantopon.

Contemporaneamente alla Radiumterapia furono fatte iniezioni giornaliere di un preparato a base di Silicato di Magnesio colloidale noto in commercio sotto il nome di Néolyse. Nel nostro istituto da tempo sono state condotte esperienze con questo preparato (Silenzi), e si perseguono tuttora nell'intento di stabilirne la reale efficacia. Sappiamo come il Robin per primo mise in evidenza, con esperienze adatte, la tendenza da parte del tessuto neoplastico a fissare la Silice, quando questa viene somministrata convenientemente. Ora nell'ipotesi che ormai sembra abbastanza dimostrato, che la Silice sia un costituente essenziale del tessuto congiuntivo, e che la proliferazione di questo rappresenti uno degli elementi di difesa contro il cancro, è logico sperare che la somministrazione di Silicio riesca utile nella lotta che l'organismo impegna contro il processo neoplastico (Robin).

Questo modo di trattamento col Silicio avrebbe infatti già dato dei buoni risultati a parecchi sperimentatori; e cioè oltre al Silenzi, già citato anche al Guarini, al D'Erchia, al Del Buono. Nel caso che noi illustriamo pare che la somministrazione di Silicato di Magnesio non sia stata, come vedremo, inutile.

Al 21° giorno le condizioni generali della p. e quelle dell'articolazione coxo-femorale erano assai migliorate.

Il 16 luglio su supporto in garza dello spessore di 2 cm. furono applicati 50 mmg. Rae., in 25 tubi da 2 mmg. Rae., con filtro corrispondente a 2 mm. Pt., sulla regione lombo-sacrale. L'apparecchio fu tenuto in posto 5 giorni. A questa seconda applicazione seguì rapida cessazione dei dolori lombari; e dopo altri 10 giorni, tolto l'apparecchio di trazione, la p. potè incominciare a fare piccoli movimenti di rotazione laterale sul letto, che col seguire dei giorni, poterono esser fatti con sempre minor fatica.

Nella metà di settembre, improvvisamente si ripresentarono dei dolori, allarmanti. Furono riprese le iniezioni di Néolyse, che erano state interrotte. Seguì dopo alcuni giorni cessazione dei dolori, ritorno alla calma, benessere generale: condizioni che permangono tuttora (ottobre 1930). La P. oggi può muovere il suo arto fratturato e sollevarlo, condizione questa che dimostra la formazione di un buon callo. L'articolazione coxofemorale di S. è indolente, e l'arto sinistro viene mosso senza difficoltà. La P. comincia a tenere la posizione seduta sul letto, prima impossibile. Non ha più vomito e può nutrirsi a sufficienza. Notevole a rilevare poi come la ulcerazione della linea di cicatrice mammaria sia scomparsa senza alcuna applicazione locale di Radio. La qual cosa ci conferma la concezione del Busi sull'azione a distanza delle radiazioni, sul cui fenomeno è basato il suo metodo della *irradiazione* sensibilizzatrice *eterotopica*, di cui abbiamo parlato in altri nostri lavori. (Relazione annuale 1929; *Radiumterapia del cancro della bocca*, 1930).

Il maggior numero dei casi di metastasi ossee carcinomatose, consegnati alla letteratura (Fraenkel, Reklinghausen, Giles, Pfahler, Vallebona, Palumbo, Ratti) sono stati trattati con la Röntgenterapia; il Perussia ricorda 2 casi, l'uno con lesione delle vertebre cervicali e l'altro delle vertebre dorsali, trattati con risultato benefico mediante il Radium. Noi abbiamo voluto dimostrare con il nostro caso che anche nelle metastasi molto estese ed a focolai multipli, la terapia odierna non è del tutto disarmata e che la Curieterapia praticata con vasti campi d'irradiazione e con notevoli quantità di Radio, molto filtrato, e tenuto a lungo, può dare dei buoni risultati sia togliendo il dolore, sia arrestando più o meno a lungo le lesioni.

Roma, ottobre 1930.

RIASSUNTO.

L'A. espone brevemente la storia clinica di un caso gravissimo di metastasi ossee multiple da carcinoma mammario, con frattura alta del femore, trattato con vantaggio con la Radiumterapia a larghi campi. Fa delle considerazioni sulle possibilità terapeutiche del Radium.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE CIVILE « ELENA DI SAVOIA » TREVISO
I DIVIS. MEDICA diretta dal prof. G. RUBINATO.

La cura Baccelli del tetano.

Rilievi statistici di un dodicennio.

Dott. SILVIO PILLONI, aiuto.

Nel compilare la presente nota non abbiamo la pretenzione di voler enunciare o dimostrare cose nuove. Infatti da oltre quaranta anni il metodo Baccelli è ovunque adottato e con risultati così brillanti che nuove pubblicazioni e statistiche non sarebbero necessarie. Ma a rendere la nostra compilazione di pubblica conoscenza ci sospinge un duplice allettamento: quello di accrescere la già bella raccolta di successi, e quello di richiamare l'attenzione dei medici su un metodo di cura di così alto valore contro una grave infezione come quella prodotta dal virus tetanico.

Da parecchi anni si è tralasciato di scrivere sul tetano e sull'impiego del fenolo contro di esso.

Qualche autore ha voluto vedere in questo fatto una conferma della bontà del metodo non più bisognevole di raccomandazioni.

Noi invece vediamo in ciò una lacuna perchè il giovane medico, se non ha la sorte di trovarsi in un ospedale dove tale cura è applicata, corre il pericolo d'ignorare una fra le più belle pagine di terapia medica. Infatti i vari periodici italiani di medicina degli ultimi venti anni sono muti in proposito e altrettanto si può dire dei trattati di medicina sia italiani che stranieri che sono di uso recente. In essi o non se ne trova cenno alcuno (Strümpell, Domarus, Ferrio) oppure ne è fatta memoria in poche righe a caratteri minuti quasi di sfuggita (L. Möhr-Staehelin, Mering). Ecco perchè ci è piaciuto compilare un breve lavoro di statistica anche se arido: per ricordare che esiste contro il tetano un metodo di cura che ha dato e dà tanti successi, un metodo semplice e pratico, un metodo che porta il nome di un grande clinico italiano.

Come per tutte le malattie infettive è avvenuto che anche per il tetano le più disparate e varie sostanze medicamentose venissero raccomandate e propugnate. Fra esse due vanno sopratutto ricordate: l'antitossina e l'acido fenico. La prima comparve nel 1890 ad opera di Behring e Kitasato. La sieroterapia era allora ai suoi inizi e le speranze ad esse congiunte si mostravano in gran parte ingannevoli. Le modificazioni intraprese per aumentare la forza antitossica, le nuove vie dell'organismo prescelte per l'introduzione del farmaco: endovenosa, lombare, subdurale ecc., non ne migliorarono le sorti. La fede nella sieroterapia antitetanica andò spegnendosi e l'ultima eco degli scoraggianti risultati si espresse al 35° Congresso della Società tedesca di chirurgia (1906) per bocca dei medici tedeschi che nella guerra di Manciuria avevano accompagnato l'esercito Russo. Erano state gettate via le casse di siero perchè non serviva a nulla (Bornhaupt). Non migliore successo diede nel terremoto Calabro-Siculo del 1908 (Antona).

Nel contempo invece veniva affermandosi l'uso dell'acido fenico raccomandato dal Baccelli fin dal 1888 prima ancora quindi della antitossina. Tale metodo doveva, come vedremo, maturare in un vero successo nel campo clinico. Il principio fondamentale che spronò il Baccelli all'impiego del fenolo fu l'osservazione del potente valore sedativo che esso esercitava sul sistema nervoso. Ribelli nevralgie e mialgie erano state guarite sottoponendo i pazienti ad iniezioni di acido fenico. Pensò di utilizzare questa azione nei tetanici per diminuire il forte esaltamento del potere riflesso del loro midollo spinale. Questa azione sedativa fu constatata sempre in seguito da quanti adottarono il nuovo sistema di cura; Baccelli inoltre raccomandò l'acido fenico per il suo potere antitossico proprietà quest'ultima che ebbe una duplice conferma e cioè i numerosi casi di tetano venuti a guarigione e il controllo del laboratorio. Sono note le esperienze di Tizzoni e Contini nel 1890, del Kitasato nel 1891 e Tizzoni e Babbes nel 1895. Tutti ammisero che il fenolo annullava la tossicità del veleno del tetano rendendo sterili le culture del bacillo in soluzione del 5 %. A simili risultati giunsero pure Hoppe, Sejler, Manassein, Zuben nelle loro prove con bacilli di tetano e di carbonchio. E così la totalità degli autori asserisce che il meccanismo d'azione del fenolo si esplica attraverso a questo duplice potere: calmante e battericida. Baccelli, Ascoli, Skulteki, lo ritengono antitossico; Courmont, Dojon, Kondrateeff lo considerano germicida.

Il Woods crede che l'acido fenico agisca nel tetano come un'antitossina la quale satura completamente il sistema nervoso ed esercita un'azione antisettica potente sul sangue. Questa interpretazione del Woods ci sembra che trovi riferimento con quanto Marie e Morax ebbero ad esperimentare nell'Istituto Pasteur. Come si sa questi due autori vollero vedere se

anche per i nervi periferici la tossina tetanica avesse quella affinità che, dall'esperienza del Wassermann, aveva dimostrato possedere per il cervello. E conclusero che tale affinità esiste e che l'assunzione della tossina avviene attraverso le terminazioni periferiche. « È un assorbimento — essi scrivono — preponderante dei filetti nervosi della regione inoculata ». Ora se esiste da un lato affinità tra tossina e nervo periferico, d'altro canto su questo ultimo il fenolo esercita un'azione sedativa cioè vi è pure affinità. Ma l'acido fenico è anche fortemente antitossico e perciò sul nervo periferico e attraverso ad esso sul midollo spinale ammalati di tetano esso esercita contemporaneamente una duplice utile azione. Tutto ciò conforta l'ipotesi di Woods e ancor più conforta il metodo Baccelli. Questi i criteri fondamentali del metodo di cura vagliati e confermati da Laboratorio. Dal lato pratico però la conferma doveva darla la Clinica. E fu questa la migliore. Fra gli italiani Ascoli ebbe guarigioni del 98, Benvenuti dell'87 %, per non tener calcolo che delle maggiori statistiche condotte su oltre 200 ammalati. Fra gli stranieri, non sempre benevoli per le cose nostre, la maggior parte degli autori (Delorf, Enriquez, Sbranha ecc.) hanno trovato il metodo superiore a qualsiasi altro. Il Woods comunicò allo stesso Baccelli che aveva avuto guarigioni del 98 %; analoghi risultati gli furono riferiti dal Bidler. In complesso una mortalità ridotta al 12-13 % in confronto alle percentuali del 63 (Lambert), del 50 (Haserling), del 60 (Ascoli), dell'83 (Stimtring) per cento ecc. avute coll'antitossina. Nessun elogio migliore di queste cifre. Il metodo fu provato anche nel tetano sperimentale. È noto che Courmont e Dojon sulle cavie, Iosias sui cervi ebbero risultati negativi. Ma tali risultati non infirmarono il metodo perchè come argutamente ebbe a dire il Maragliano « se non giovava l'acido fenico negli animali giovava indubbiamente all'uomo e ciò doveva bastare al medico ».

Passiamo ora a considerare i casi di tetano sottoposti al trattamento in questo ospedale dal 1919 al 1930. Mancando nell'Archivio dell'Ospedale causa le vicende della guerra le cartelle cliniche dei dieci anni precedenti abbiamo dovuto limitarci all'ultimo dodicennio e ciò contro il nostro desiderio di portare il numero maggiore possibile di casi non risultandoci che sia stata fatta in passato una simile statistica ad eccezione di una breve nota del Finzi nel 1911. Ora la nostra Provincia è un terreno eminentemente tetanigeno tanto che l'infezione assume un vero carattere endemico. Abbiamo rinunciato per ovvie ragioni di riportare le numerose storie cliniche preferendo invece raccogliere in tabelle gli elementi di maggiore interesse. Sono 53 casi di tetano in individui dei due sessi con età da un minimo di anni 9 ad un massimo di anni 63. Dai lati etiologico e patogenetico quasi tutti i casi rientrano nei traumatici e generalizzati essendo state piccole ferite, abrasioni o punture le porte d'ingresso del germe infettante. Fanno eccezione 6 casi nei quali l'anamnesi non potè stabilire precedenti lesionanti e un unico caso di tetano cefalico. Abbiamo usato, a preferenza fiale da cmc. 3 contenenti grammi 0,05 di acido fenico per limitare il numero delle iniezioni sottocutanee. Nel disporre i casi clinici in tre tabelle a seconda che avevano presentato carattere fulminante o di maggiore o minore gravità, ci siamo attenuti alla classifica che usò per primo lo stesso Baccelli essendoci sembrata pratica e utile.

Tabella N. 1: *Casi fulminanti.*

Nome	Durata dell'infezione	Acido fenico		Es. urina	Esito
		Dose massima quotidiana	Dose totale		
		gr.	gr.		
B. Alfonso	g. 2	0,15	0,25	Neg.	Muore
C. Pietro	» 2	0,22	0,34	»	»
F. Angelo	» 2	0,28	0,45	»	»
C. Augusto	» 2	0,02	0,06	»	»
B. Gemma	» 3	0,05	0,12	»	»
Z. Severino	» 1	0,03	0,03	»	»
S. Oliva	» 1	0,10	0,10	»	»
C. Vittorio	» 2	0,03	0,05	»	»
M. Luigi	» 3	0,12	0,24	Nefrite	»
C. Teresa	» 1	0,12	0,12	Neg.	»
B. Umberto	» 1	0,06	0,06	»	»

I casi, in numero di undici, raccolti nella tabella n. 1 li abbiamo classificati fulminanti per la rapidità di decorso che ebbe l'infezione. Tutti i pazienti infatti non oltrepassarono la terza giornata e presentarono imponente fenomenologia e iperpiresi.

L'esito fu in tutti infausto con una mortalità del 100 %. Non gioverebbe quindi il metodo nel tetano a scoppio violento. Ma se si osservano le dosi di fenolo che furono somministrate si vede come esse sono state assai scarse. Si va da un massimo giornaliero di

gr. 0,28 ad un massimo complessivo di grammi 0,45 e ciò in un solo caso perchè in tutti gli altri 10 i quantitativi sono stati assai inferiori. Ora « *la norma fondamentale del metodo* — ebbe a scrivere il Baccelli — *è costituita dalle dosi sufficienti perchè altrimenti il metodo non può essere riguardato come attendibile* ».

TABELLA N. 2: *Casi gravissimi.*

Nome	Durata della malattia	Acido fenico		Es. urina	Esito
		Dose massima quotidiana	Dose totale		
		gr.	gr.		
M. Federico	g. 4	0,08	0,20	Neg.	Morto
F. Giovanni	» 7	0,40	3,20	»	»
Z. Luigi	» 60	0,50	29,00	»	Guarito
B. Angelo	» 60	0,60	34,50	»	»
C. Annibale	» 60	0,45	26,20	»	»
T. Enrichetta	» 60	0,40	23,40	»	»
L. Emilio	» 4	0,36	1,08	Nefrite	Morto
P. Maria	» 70	0,55	37,30	Neg.	Guarito
B. Marino	» 120	0,75	87,55	»	»
M. Eugenio	» 6	0,30	1,55	Nefrite	Muore
Z. Angela	» 45	0,65	28,35	Neg.	Guarito
T. Matteo	» 45	0,65	28,35	»	»
S. Stefano	» 4	0,18	0,66	»	Muore
Z. Natale	» 5	0,18	0,76	»	»

E raccomanda in questi casi dosi non inferiori ai gr. 1. La nostra fu quindi una cura insufficiente ed è in noi il convincimento che nei casi fulminei che avessero a capitarci dovremmo propinare dosi assai più elevate di acido fenico.

Nella tabella n. 2 sono raccolti 12 casi con la definizione di gravissimi. In essi si ebbe un periodo di incubazione mai superiore ai 10 giorni e un protrarsi della malattia dai giorni 4 ai 120. Fenomeni generali e temperature sempre assai elevati. Guarirono 8 e ne morirono 6. Un complesso di guarigioni del 60 % e di mortalità del 40 %. Accade qui di ripetere l'osservazione fatta per i casi precedenti e cioè le quantità scarse di fenolo somministrate ai casi che morirono in paragone di quelli che passarono a guarigione.

La dose giornaliera di gr. 0,50 deve essere raggiunta presto e tanto più quanto il quadro sintomatologico presenta spiccata gravità. Passando alla tabella n. 3 vediamo i casi classificati come gravi e ciò in base al periodo di incubazione in tutti assai lungo (20-30 giorni) e dai fenomeni generali non molto gravi. Intendiamo dire con questo che i nostri pazienti

TABELLA N. 3: *Casi gravi.*

Nome	Durata della malattia	Acido fenico		Es. urina	Esito
		Dose massima quotidiana	Dose totale		
		gr.	gr.		
C. Isidoro	g. 30	0,50	14,00	Neg.	Guarig.
N. Giacomo	» 40	0,50	19,00	»	»
A. Felice	» 20	0,40	7,40	»	»
T. Francesco	» 40	0,50	19,00	»	»
T. Italo	» 22	0,30	6,30	»	»
R. Virginio	» 30	0,60	16,50	»	»
B. Sante	» 30	0,50	14,00	»	»
T. Luca	» 30	0,40	10,40	»	»
B. Antonio	» 50	0,60	28,50	»	»
A. Narciso	» 20	0,40	7,40	»	»
C. Napoleone	» 30	0,50	14,00	»	»
P. Vittorio	» 20	0,40	7,40	»	»
G. Giuseppe	» 20	0,40	7,40	»	»
M. Eliseo	» 30	0,40	10,40	»	»
Z. Antonio	» 20	0,30	6,70	»	»
C. Primo	» 10	0,25	2,30	»	»
B. Regina	» 30	0,40	10,40	»	»
B. Agostino	» 17	0,85	11,30	»	Muore
M. Maria	» 40	0,50	19,00	»	Guarito
A. Giacomo	» 22	0,42	8,16	»	»
C. Pietro	» 17	0,44	6,78	»	»
M. Angelo	» 35	0,20	6,19	»	»
C. Renato	» 17	0,25	4,05	»	»
B. Vittorio	» 30	0,40	10,40	»	»
S. Eugenio	» 30	0,40	10,40	»	»
S. Berto	» 35	0,30	10,20	»	»
G. Mario	» 26	0,14	3,50	»	»
V. Antonio	» 26	0,14	3,50	»	»

non presentarono periodi di violenta contrattura accessuale clonica, ma però tutti avevano uno stato spiccato di contrattura clonica muscolare diffusa e trisma. Dal lato della temperatura non oltrepassarono di media mai i 38,5. Sono in tutto in numero di 28 dei quali 27 guarirono e uno solo morì. E nei riguardi di quest'ultimo dobbiamo dire che lo ritenevamo ormai fuori del pericolo quando rapidamente soccombè per collasso cardiaco. Il risultato è ancor più confortevole del precedente perchè rappresenta un totale di guarigioni

del 96 % di contro ad una mortalità del 4 %. Le dosi di acido fenico somministrate variarono in rapporto alla gravità della infezione, ma in ogni caso furono assai più elevate fin dal principio di quelle adoperate nei precedenti casi disgraziati. A questi rilievi fatti sopra le tabelle nelle quali abbiamo raccolti e classificati i nostri ammalati dobbiamo aggiungerne qualche altro di carattere più generale.

Si sa come venga consigliata la somma cautela nell'uso dell'acido fenico per le lesioni che può arrecare ai reni. Il Reale consiglia la contemporanea somministrazione di solfati onde ottenersi una innocua combinazione di fenolsolfati. Noi pur non attenendoci a tale suggerimento e usando dosi elevate del farmaco non ebbimo a rilevare conseguenze gravi a carico dei reni. Infatti su 53 ammalati abbiamo avuto la nefrite soltanto in tre dei quali uno era un etilico.

Tutti i tetanici poi dimostrarono una netta e valida tolleranza verso l'acido fenico. Questo rilievo fu fatto pure da quanti si occuparono e scrissero sull'argomento. Per nostra convinzione ci basta guardare le tabelle dove vediamo che le quantità non sono state indifferenti. Per non citare troppe cifre valga per tutti l'ammalato alla tabella n. 2 B. Marino al quale furono propinati gr. 87,55 di fenolo. Non abbiamo rilevato per tutta la lunga degenza mai fenomeni di intolleranza e lo abbiamo dimesso guarito. Al riguardo giustamente il Baccelli formulò il suo noto assioma:

« *La tolleranza contro un mezzo curativo eroico sta in diretto rapporto alla sua indicazione* ».

Nei nostri ammalati all'acido fenico abbiamo associato anche l'idroterapia sotto forma di bagni tepidi in numero di due o tre al dì a seconda della temperatura. Del cloralio per via rettale abbiamo fatto uso nei casi dove le scariche convulsive violente continue non concedevano riposo ai poveri pazienti. Mai usammo narcotici. La dieta fu sempre liquida abbondante e di facile assimilazione.

Da questa nostra breve nota risulta che noi non ci siamo mai serviti della sieroterapia non fosse altro che per portare attraverso un numero non indifferente di tetanici un contributo su questo argomento tuttora aperto alla indagine clinica. Nei periodici medici dell'ultimo biennio troviamo che in Germania Hartbiel guarì un caso servendosi della via intra-cranica sub-durale; in Francia Dufourt, Mourrut e M. Faure Beaulieu portarono a guarigione due casi usando la via rachidea previa cloroformizzazione e introducendo fino a 650 cmc. di siero con conseguente anafilassi. Nessun risultato favorevole ebbero coloro che usarono dosi massive per via endovenosa e intramuscolare. Ci sembra che questi limitatissimi successi non autorizzino a tentare un metodo incerto per risultati e difficile per tecnica di fronte ad un altro di indubbia efficacia e di massima praticità come è quello del Baccelli.

CONCLUSIONI.

Riassumendo i risultati avuti nei nostri ammalati di tetano per un periodo di 12 anni possiamo trarre le seguenti conclusioni:

1) Su 53 tetanici abbiamo avuto 35 guariti e 18 morti: un totale quindi del 70 % di guarigioni e 30 % di mortalità.

2) Gli esigui casi di nefrite constatata, in tutto tre, ci autorizzano a non temere dell'acido fenico per le lesioni che può arrecare ai reni.

3) In tutti i nostri ammalati abbiamo notata una grande tolleranza per il farmaco tanto da poter raggiungere dosi molto elevate.

4) La nostra terapia nei casi fulminei fu inefficace perchè troppo insufficiente. Bisogna raggiungere e sorpassare nelle 48 ore i grammi 0,50 come dose quotidiana.

5) L'impiego dell'acido fenico di fronte al tetano per nostra esperienza rappresenta il migliore fra i metodi escogitati e provati per gli ottimi risultati e i scarsissimi inconvenienti che arreca.

RIASSUNTO.

L'A. mette in rilievo i risultati ottenuti nel tetano mediante l'uso dell'acido fenico secondo il metodo Baccelli. In 53 pazienti distinti in fulminanti, gravissimi e gravi ha avute guarigioni complessive del 70 %. L'impiego del fenolo deve essere precoce e le sue dosi tanto più elevate quanto più grave è la fenomenologia. La complicazione della nefrite è rarissima; la tolleranza del farmaco assoluta.

BIBLIOGRAFIA.

ASCOLI. Policlinico, 1° ottobre 1899.
BACCELLI. Berl. Klin. Wochenschr., n. 23, 1911.
COURMONT e DOJON. Société de Biologie de Paris. Séance, 13/5/1899.
CIOFFI. Rif. Medica, vol. 1°, n. 14, 1902.
DUFOUR e MOURRUT. Société méd. des Hôpitaux, gennaio 1929.
ENRIQUES e BAUER. Ibid., Séance 20-12-1901.
M. FAURE BEAULIEU. La Presse Médicale, n. 98, 1929.
IOSIAS. Ac. de Méd. de Paris. Séance, 15/10/1899.
HARTLEIB. Zentr. f. chir., n. 3, 1929.
MARIE e MORAX. Ann. de l'Inst. Pasteur, Bd. 16, 1902, Bd. 17, 1903.
SBRAHNA. Rif. Med., vol. 1°, 1893.
SILVESTRINI. Policlinico, n. 43-44, 1909.
TIZZONI. *Vaccinazione e sieroterapia nel tetano.*

LEZIONI.

L'immunità nelle malattie da protozoi dell'uomo.

(J. GORDON THOMSON. *Proceedings R. Soc. of Medicine,* febbr. 1931).

Sebbene siano state fatte importanti osservazioni sull'immunità dell'uomo per le malattie protozoarie e sia stata largamente studiata la varia virulenza delle diverse specie e degli stipiti, vi è ben poco di sicuramente noto per ciò che riguarda il meccanismo dell'immunità in queste malattie e, praticamente, non si conosce nessun metodo soddisfacente di immunizzazione contro tali malattie.

Ci occuperemo qui di quattro malattie, malaria, tripanosomiasi, Kala-azar ed amebiasi, tentando di dare un'idea d'insieme dei fenomeni immunitari che si osservano in esse, lasciando da parte ogni osservazione controversa e contraddittoria.

IMMUNITÀ E VIRULENZA.

L'uomo può essere completamente resistente a determinate infezioni, p. es., da tripanosomi; così lo è per il *Tripanosoma congolense,* che invece è molto patogeno per il bestiame; invece, per il *T. brucei* l'immunità di cui gode normalmente può essere vinta.

L'immunità naturale può essere completa o parziale e varia in limiti estremi, come è ben provato per la malaria; alcuni individui non vi sono suscettibili, altri lo sono poco ed altri, invece, molto.

L'immunità acquisita per mezzo di iniezioni di sieri o di antitossine non ha valore per le infezioni da protozoi.

La *virulenza* varia anzittutto a seconda delle specie; così, p. es., per i tripanosomi, il *T. rhodiense* è molto virulento per l'uomo, mentre il *T. gambiense* può dare un'infezione del tutto mite. La virulenza del parassita e la resistenza naturale si influenzano reciprocamente nel corso di un'infezione.

Oltre l'immunità naturale, vi è un processo assai più comune, cioè la *tolleranza,* di cui ci è ignoto il meccanismo. Un individuo, che non ha mai avuto la malaria può avere una tolleranza naturale; in esso i parassiti possono resistere alla distruzione ma la loro moltiplicazione è inibita; essi non producono sintomi clinici. Queste infezioni hanno per risultato la *latenza* ed il così detto periodo di incubazione prolungata, che non è infrequente nella malaria.

La tolleranza acquisita si produce per infezioni e reinfezioni continuate, accompagnate da sintomi vari di malattia, per periodi di anni. Si stabilisce finalmente una specie di equilibrio il quale permette che l'ospite viva più o meno in stato di salute, pure albergando dentro di sè un piccolo numero di parassiti. Esistono pertanto delle infezioni latenti o croniche, le quali senza produrre sintomi clinici danno una protezione parziale contro i disastri che può dare la malattia acuta. A tale stato venne dato, di recente, il nome di premunizione (da Sergent).

L'IMMUNITÀ NELLA MALARIA.

Lo studio ne è basato essenzialmente su osservazioni epidemiologiche e sperimentali. Più che immunità naturale, si può parlare di tolleranza naturale. E noto, di fatto, che alcuni individui sono resistenti all'infezione od almeno all'infezione con sintomi clinici e ciò anche in regioni ad elevata endemia. La resistenza alla febbre, però, non è affatto permanente e può essere spezzata, p. es., dopo infortuni, operazioni, parti, come è noto ai medici delle zone malariche. Vi sono, p. es., delle donne, di cui l'esame del sangue, prima del parto, è negativo, mentre diventa largamente positivo, dopo.

L'uso dell'iniezione di sangue malarico a scopi terapeutici ha messo in rilievo un vario grado di resistenza alla malaria in individui che non ne avevano mai sofferto prima. Vi è della gente molto suscettibile, mentre altri non lo sono affatto. Secondo la statistica di S. P. James, su 221 pazienti, la malaria non si sviluppò in 52, pure avendo ripetute le iniezioni; in due individui inoculati con la stessa dose, lo stesso giorno, si ebbero differenti periodi di incubazione e varia intensità degli accessi. Un individuo punto in tre volte, da 60, 80, 30 anofele infette, non ebbe sviluppo di malaria, che si ebbe invece in un altro dopo la puntura di sole 2-3. In uno, può mancare la febbre per 6-7 mesi, mentre in un altro si sviluppa subito.

L'A. trovò, nella Rodhesia, dei *P. falciparum* in europei che ignoravano affatto di essere infettati. Secondo Bass, in zone malariche il 16 % degli individui con anamnesi negativa per la malaria, contengono parassiti.

Sembra però che la resistenza completa o l'immunità assoluta nella malaria siano dubbie. La resistenza all'infezione varia entro limiti ampii.

Raramente gli individui sfuggono all'infezione, ma piuttosto non hanno sintomi clinici per pochi parassiti presenti; ciò sarebbe dovuto forse a particolari condizioni biochimiche del sangue.

Vi sono varî fatti che attestano la possibilità di acquisire la immunità nella malaria. Così, gli europei nelle zone iperendemiche hanno accessi acuti nei primi anni, mentre successivamente si fanno meno gravi e più rari. L'indice splenico va crescendo nei bambini fino ai 10 anni e poi diminuisce gradatamente

fin verso i 15; la diminuzione progressiva fino al limite basso degli adulti indica lo sviluppo di una immunità o tolleranza.

Nell'India, Christophers ha studiato l'indice splenico e quello parassitario. Nei primi due anni le infezioni dei bambini sono assai intense ed associate con elevato indice parassitario (circa 10.000 parassiti per cmc. di sangue); in tale stadio di infestazione acuta, gli accessi sono quasi continui e si hanno circa una volta la settimana, accompagnati da elevata mortalità. Dopo due anni di resistenza, nei bambini, si ha un minor numero di parassiti e gli accessi meno frequenti (una volta al mese); l'indice splenico è, però, elevato (stadio di infestazione immune); negli adulti continua ad esservi una alta percentuale di infetti, ma probabilmente una scarsa quantità di parassiti è insufficiente per produrre i sintomi clinici, sicchè gli accessi di malaria si hanno soltanto ogni 6 mesi circa.

L'immunità tende a rimanere la stessa purchè non cambi l'intensità della infezione; quando questa si interrompe, si hanno poi gravi scoppi di malaria epidemica; così pure gli individui che vanno da zone iperendemiche in zone non malariche perdono ben presto la loro immunità, ciò di cui si accorgono ritornando nei loro paesi, dove sono colti da accessi acuti con numerosi parassiti nel sangue periferico.

Nella malaria sperimentale, alcuni individui guariti dagli accessi rimangono resistenti alla reinoculazione con lo stesso stipite; ma la resistenza viene a rompersi se si inietta un'altra specie (quartana) oppure un altro stipite della specie.

Nella malaria degli uccelli, dopo un periodo d'incubazione di 3-10 giorni, si ha l'infezione acuta che ne dura 9; in seguito, il numero dei parassiti si fa così scarso che si ha un'infezione cronica latente, che può durare a lungo, anche 4 anni.

Per quanto riguarda l'immunità dopo la cura, si osserva che nei bambini, essa non si sviluppa, mentre negli adulti, dopo il trattamento chininico, si ha un certo aumento di resistenza verso l'infezione.

Per quanto riguarda l'immunità passiva nella malaria, si hanno pochi esperimenti in cui venne iniettato il sangue di individui più o meno resistenti con risultati abbastanza buoni ma infirmati dal fatto che un certo grado di guarigione spontanea può aversi nella malaria.

Qualche autore ha anche trovato delle precipitine od ottenuta la deviazione del complemento con il sangue dei malarici.

L'IMMUNITÀ NELLA TRIPANOSOMIASI.

Da esperienze fatte risulta che il sangue umano ha delle proprietà tripanocide per i *T. equiperdum*, *rhodesiense* e *congolense*, mentre invece non ha azione sul *gambiense*. Vi sono poi dei casi di infezione con tripanosomi che generalmente non si trovano nell'uomo, mentre d'altra parte, alle volte le inoculazioni di *garbiense* fatte nell'uomo (in pazienti con demenza paralitica) sono state negative.

Nella tripanosomiasi, del bestiame, si ha un esempio di immunità o tolleranza acquisita in seguito a continue inoculazioni ed a lievi infezioni; non si può dire quanti anni occorrano per ottenere tale immunità che è simile a quella degli indigeni in regioni a malaria iperendemica.

L'immunità per la tripanosomiasi nell'uomo costituisce un problema assai oscuro, che andrebbe studiato per conoscere quanto vi influisca la resistenza naturale e la varia virulenza del parassita.

L'immunità parziale si vede in alcuni indigeni dell'Africa ed anche dopo il trattamento col Bayer 205 e con arsenicali. In quest'ultimo caso, si tratta soltanto di immunità temporanea, essendovi diversi casi che hanno avuto accessi dopo un periodo di apparente salute. I parassiti possono però perdere la loro sensibilità al siero e diventare siero-resistenti (stipiti a ricadute) e resistenti ai medicamenti. Tale fatto è importante perchè se questi stipiti passano attraverso gli insetti senza modificarsi, ne possono risultare diverse varietà immunologiche e sierologiche.

Nel sangue di animali, che sono guariti da un'infezione acuta, si sviluppano degli anticorpi e delle tripanolisine; il siero di questi animali ha una certa azione protettiva se viene iniettato contemporaneamente agli stessi tripanosomi; ma, finora, non è stato possibile immunizzare l'uomo per questa via. La ricerca degli anticorpi in vitro, per la tripanosomiasi umana ha dato risultati incerti; si utilizza frequentemente per la diagnosi il fenomeno dell'autoagglutinazione delle emazie. Ben poco è poi stato fatto in riguardo al trattamento vaccinico.

L'IMMUNITÀ NELLA LEISHMANIOSI.

Ben poco è noto sull'immunità naturale; gli esperimenti di Maggiore, di inoculazione del parassita, sono stati negativi. Un fatto curioso è che, mentre nell'India i bambini sembrano sfuggire all'infezione, in Italia e nella Cina del nord, la malattia è più frequente nei bambini e rara invece negli adulti. Un altro fatto segnalato per l'Italia è che i bambini con leishmaniosi viscerale sembrano resistenti all'infezione malarica. Il problema è interessante e merita ulteriori ricerche.

Il kala-azar può esistere in una forma benigna con pochi o punti sintomi; tale esistenza di forme lievi accomuna questa malattia con le altre da protozoi.

Nei casi che guariscono spontaneamente od in seguito a trattamento, si sviluppa una tolleranza alla forma acuta, pur con la presenza

del parassita. Alcuni autori hanno richiamata l'attenzione sulle leishmanioidi dermiche in pazienti che hanno subito il trattamento con l'antimonio. Tali condizioni cutanee sono più comuni di quanto si riteneva un tempo e si manifestano 1-2 anni dopo che l'infezione viscerale è scomparsa, mentre di solito non si manifestano durante questa. Il periodo trascorso fra la fine del trattamento e l'inizio delle condizioni cutanee varia da 1 a 6 anni.

Lo studio epidemiologico del kala-azar, sia indiano che mediterraneo indica che vi è un graduale sviluppo dell'immunità, che si stabilisce in seguito a pregressa infezione. Si ignora la frequenza dei casi lievi di kala-azar nelle regioni dove esso è endemico, ma è probabile che essi siano molto più frequenti di quanto si riteneva.

Nei cani e nelle scimmie, un primo attacco di leishmaniosi viscerale conferisce un'immunità se la cura è stata completa; il cane guarito dal kala-azar rimane immune per il bottone d'Oriente, ma la scimmia guarita da questo è solo parzialmente immune per il kala-azar. Che si possa ottenere una immunità attiva è dimostrato dalla pratica comune, in Mesopotamia, di inoculare i bambini in qualche parte coperta del corpo in modo da impedire lo sviluppo del bottone d'Oriente sulla faccia.

Si è tentato di ottenere l'immunità passiva mediante l'iniezione di vaccini e si sono ottenuti in qualche caso dei risultati; l'iniezione di colture uccise di *L. tropica* avrebbe affrettato la guarigione del bottone d'Oriente; tentativi di questo genere sono stati fatti anche da Longo, da de Cristina e da Caronia nel kala-azar.

Si è anche studiata la possibilità di utilizzare, per la diagnosi, la cutireazione con varî tipi di antigeni, ma non sembra che la reazione sia nettamente specifica. Abbastanza promettenti sembrano i tentativi di fare la diagnosi con varie prove di laboratorio (oltre alla ricerca del parassita), quali le prove all'aldeide, all'antimonio, della siero-globulina; tuttora nella fase sperimentale è la ricerca della fissazione del complemento.

L'IMMUNITÀ NELL'AMEBIASI.

Sull'immunità naturale, abbiamo l'esperimento di Walker e Sellards, che fecero ingerire a 20 uomini delle cisti e delle forme libere di *Entamoeba histolytica;* in 18, si ebbe l'infezione, però in 4 mancarono i sintomi acuti di dissenteria; 14 divennero portatori, ed in 2 non si ebbe mai alcun segno di infezione. In alcune circostanze, però, questa resistenza naturale può essere spezzata.

Interessanti sono le ricerche di Cleveland e Saunders sull'aumento di virulenza ottenuto inoculando le colture di *E. histolytica* nel fegato e nell'intestino di gattini; tale aumento sarebbe però da attribuirsi ai batteri che accompagnano l'ameba, anzichè a questa. Gli stessi autori ritengono che l'ascesso del fegato non possa prodursi, nei gattini, quando l'ameba non è accompagnata dai bacilli patogeni.

Tali osservazioni aprono il campo a nuove ricerche, in quanto che la patogenicità o meno di un dato stipite di ameba sarebbe dovuto, fino ad un certo punto, ad alcuni germi della flora intestinale. La presenza o l'assenza di determinati batteri nell'intestino potrebbe determinare la suscettibilità o la resistenza all'infezione amebica. Tali fattori possono spiegare anche la presenza di portatori sani di cisti patogene.

L'immunità acquisita nella dissenteria amebica appartiene a quella delle altre malattie protozoarie, nel senso che si tratti di un basso tipo di infettività non associato a dissenteria clinicamente manifesta. La resistenza sembra più completa in alcune persone anzichè in altre; la così detta tolleranza, quale si manifesta spesso nei convalescenti e nei contatti sani, è un problema del massimo interesse. Ci si affaccia il problema se si tratti di lesioni dei tessuti così minime da non potere essere accertate dal patologo, oppure di un parassita capace di diventare un innocuo parassita commensale, che si alimenta del contenuto batterico dell'intestino. Se fosse vera quest'ultima ipotesi, avremmo un esempio notevole di un invasore patogeno per i tessuti che diventa un innocuo abitante dell'intestino ed un esempio di perfetto adattamento fra ospite e parassita.

Lo studio fatto da Hegner sui rapporti fra ospite e parassita nell'infestione amebiasica in Cina mostra una notevole differenza nella suscettibilità fra i cinesi e gli stranieri; i primi hanno un maggior numero di infezioni, che però non sono mai tanto gravi come negli stranieri. Questo starebbe a dimostrare che, fra le diverse razze, esistono delle reali differenze nella suscettibilità e nella resistenza all'infestione amebica.

Sono stati fatti studî sulla reazione precipitante e sulla fissazione del complemento nell'amebiasi, ma finora senza risultati pratici.

CONCLUSIONI.

Nelle quattro malattie trattate vi sono dei fatti definitivi che dimostrano la possibilità di una resistenza naturale all'infezione, per lo più nel senso di una tolleranza associata alla presenza di scarsi parassiti. Tale resistenza può essere spezzata per varie cause; le prime manifestazioni acute spesso si verificano in occasione di cause che abbassano la resistenza.

Un'immunità definita acquisita, o meglio una tolleranza acquisita può stare in rapporto con la presenza di un piccolo numero di parassiti portati da infezioni continue e ripetute, come si osserva nella malaria e nella tripanosomiasi ed, in grado minore, nel kala-azar e

nella dissenteria amebica. Anche tale stato può facilmente essere perduto.

Poco o punto si conosce degli immuncorpi che danno l'immunità naturale od acquisita, alcuni fanno dipendere l'immunità naturale da qualche proprietà ignota del siero.

Nell'immunità acquisita si formano degli anticorpi di natura ignota, che sono instabili o prontamente eliminati dopo la scomparsa dei parassiti.

In altre parole, *la presenza dell'immunità acquisita sembra legata in gran parte alla presenza continua di un'infezione lieve con parassiti*. Sembra inoltre che essa dipenda dalla continua inoculazione di stipiti freschi di parassiti e che se questa inoculazione cessa per un certo tempo, la resistenza venga spezzata, ciò che può avvenire anche per ogni causa debilitante.

Di scarso valore sono i metodi di immunità passiva e così pure richiede ulteriori studî l'uso dei vaccini e dei sieri.

È quindi aperto un largo campo di studî per chi voglia ricercare i fattori o le proprietà biochimiche che influiscono sulla refrattarietà all'infezione e la possibilità di proteggere l'individuo dall'infezione o dai pericoli dell'infestione acuta. *fil.*

SUNTI E RASSEGNE.

RENI E VIE URINARIE.

Nefropatie: fatti vecchi e idee nuove.

(T. HORDER. *Practitioner*, marzo 1931).

L'A. esamina i progressi fatti dalla scienza in trenta anni di ricerche nel campo delle nefropatie.

La semplificazione della ricerca dell'urea sanguigna è stata di grande aiuto per la differenziazione di quei casi di nefropatie in cui vi è ritenzione di azoto da quelle in cui questa manca: e i risultati di tale differenziazione sono molto importanti sia per la prognosi che per la terapia.

Di pari passo con la tecnica dell'azotemia è avanzata la ricerca della funzionalità renale: le varie prove proposte a questo scopo si basano per la maggior parte sul fatto che il rene malato non riesce a raggiungere una normale concentrazione molecolare. Ma anche qui, come per l'azotemia, possono commettersi seri errori di interpretazione. L'osservazione clinica e quella di laboratorio devono quindi intimamente collaborare allo stesso scopo: la giusta diagnosi.

La suddivisione, proposta da Volhard, di alcune malattie diffuse del rene in *nefriti* e *nefrosi* a seconda che le lesioni siano a carico degli elementi vascolari e interstiziali degli organi o a carico dei tubuli, è d'introduzione ancora troppo recente perchè possa essere giudicato il suo valore: resta a vedere se nella pratica, i casi che comunemente si incontrano, potranno facilmente e nettamente essere attribuiti all'una o all'altra categoria.

L'introduzione del termine « rene tossico » tendente a divenire popolare, non è forse scevra di pericoli. È molto difficile il poter stabilire se il rene, così sensibile agli insulti microbici, tenda a guarire dal momentaneo disturbo subìto per l'eliminazione di germi e delle loro tossine, oppure se questa abbia prodotto un danno permanente per quanto lieve.

Alcuni dei vecchi problemi di patogenesi sono rimasti insoluti: quale quello delle lievi nefriti acute nei bambini. Varie cause sono state invocate: infezioni delle fauci (streptococchi?) e ciò è vero in una parte dei casi, infezione pneumococcica, allergia, rene tossico; un virus filtrabile (?). Intanto il freddo, l'umido e l'esposizione all'aria, rimangono i tre fattori più comuni.

Anche il problema della nefrite subacuta (nefrite parenchimatosa cronica) è rimasto insoluto: alcuni pensano che essa sia dovuta ad una infezione acuta precedente decorsa subdolamente.

Lo stesso mistero circonda l'origine della nefrite interstiziale cronica, per quanto la malattia sia di per sè molto bene conosciuta come quella che porta, nell'ultimo stadio, al cosidetto « rene piccolo bianco ».

Riguardo al « rene grinzo o granulare » il problema coincide con quello della arteriosclerosi e non è più facile di questo, specialmente in quei casi in cui le alterazioni vengono a stabilirsi in età ancor giovane. La popolarizzazione dello sfigmomanometro ha molto aiutato al riconoscimento di questi casi. D'altra parte però è strana e dannosa la dimenticanza in cui è relegato nella pratica medica l'esame oftalmoscopico, che pure ai vecchi medici serviva tanto bene per scoprire i disturbi retinici nelle malattie renali.

Come anche è riprovevole l'abitudine ormai comune di mandare al laboratorio le urine per stabilire se vi è albumina o no, quando questa ricerca dovrebbe esser fatta dallo stesso medico, lasciando al laboratorio le ricerche quantitative più accurate.

Il problema dell'« albuminuria giovanile » richiama l'attenzione sia per la diagnosi, che per la prognosi e terapia. Si tratta di una vera alterazione anatomica del rene oppure di uno stato funzionale transitorio? Dukes crede che molti di questi casi non guariscono mai.

In molti casi l'albuminuria è passeggera e non si ripete; in altri diviene persistente, sia per negligenza o per imprudenza, sia per mancanza di una diagnosi accurata, ed eventualmente dà origine ad una malattia cronica del rene.

Il lattato di calcio, una volta vantato specifico di questo tipo di albuminuria ortostatica,

non è ora più usato. L'opinione che la natura della proteina presente nelle urine non sia albumina bensì globulina, non ha avuto conferma sperimentale.

In sostanza questa rapida disamina ci ispira varie riflessioni: la prima è la lentezza con cui la scienza e l'arte medica progrediscono nel campo di alcune malattie; la seconda la resistenza al tempo e all'ondata delle nuove idee, delle vecchie esperienze cliniche ben controllate; la terza è l'importanza delle ricerche di laboratorio quando esse siano eseguite in stretta collaborazione con le osservazioni al letto del malato. G. LA CAVA.

Nefrosi.

(IZOD BENNET. *The Lancet*, 17 genn. 1931).

Le caratteristiche della nefrosi sono le seguenti: c'è albuminuria con edema, con cuore e pressione arteriosa normali, senza ematuria, senza alterazioni retiniche, senza cilindri epiteliali, con aumento della colesterina del sangue, con diminuzione delle proteine del plasma, con uremia e cloruremia normali, con metabolismo basale diminuito. Anatomicamente c'è degenerazione dei tubuli renali (infiltrazione lipoidea) con glomeruli e vasi normali.

Christian un anno fa ha messo in evidenza la rarità del reperto anatomico della nefrosi tanto da mettere in dubbio l'esistenza della nefrosi come entità nosologica a sè.

L'A. riferisce un caso tipico di nefrosi confermata dall'esame anatomico e che riporta ampiamente.

Per l'etiologia i casi descritti da Müller e Munk erano quasi tutti di natura luetica. La nefrosi può riconoscere la sua causa nella tubercolosi; ma più spesso la sua causa rimane ignota.

In alcuni casi la malattia guarisce, però ad eccezione dei casi di natura luetica la prognosi nei riguardi della guarigione dev'essere molto prudente.

La nefrosi è forse più comune di quanto si crede ed è importante perchè costituisce una classe ben definita di malattia renale. A questo proposito l'A. ricorda che già Bright aveva distinto un tipo di nefrite con degenerazione renale ma non sapeva se esso fosse un tipo a parte o uno stadio degli altri tipi.

Gull e Sutton hanno separato il gruppo con fibrosi arteriocapillare, che oggi è considerato come nefrite ischemica.

La classificazione delle nefriti che oggi predomina è quella che riconosce in *una infiammazione glomerulare acuta* la lesione iniziale del maggior numero di nefriti (la nefrite acuta è caratterizzata dall'infiammazione glomerulare, quella cronica dalla contrazione secondaria del rene) e inoltre *la nefrite ischemica e la nefrosi*.

L'edema è prodotto dal passaggio di acqua e sali dai capillari negli spazi dei tessuti. Quindi certamente deve essere presente una permeabilità di questi capillari; vi devono contribuire anche la pressione sanguigna dei capillari e la pressione osmotica delle proteine plasmatiche. Ogni aumento della pressione capillare e ogni diminuzione delle proteine del plasma facilitano gli edemi.

Questa diminuzione delle proteine del plasma fu osservata anche in edemi in cirrotici e in malati di ulcera gastrica maligna. Alcuni hanno sostenuto che la nefrosi sia consecutiva ad una perdita di siero-albumina dal sangue, ma sembra più probabile che la lesione renale sia precedente e permetta la perdita di siero-albumina dal sangue.

Data questa patogenesi dell'edema, è bene tenere i malati con edema a dieta ricca di proteine per supplire alla perdita di albumina che essi subiscono. R. LUSENA.

La cura delle nefriti.

(P. MARTINI. *Die Med. Welt*, 5 gennaio 1931).

L'A. ricorda anzitutto brevemente la classica distinzione delle malattie renali in: infiammatorie dei glomeruli, degenerative dei tubuli, e sclerotiche dei vasi.

Data l'importanza fondamentale delle nefriti, egli si occupa specialmente della cura di queste.

Primo e ultimo scopo della cura è quello di allontanare o neutralizzare la causa dell'infezione: quando sia stato bene accertato che le tonsille rappresentano il punto di partenza dell'infezione, la tonsillectomia gioverà certamente; ma la causa non è sempre accertabile e, nella maggioranza dei casi, questa terapia attiva è senza successo.

Dalla seconda metà del secolo passato domina invece il concetto di « risparmiare l'organo malato » e la terapia renale si è tutta informata a questo criterio di resistenza passiva.

Se tale criterio è da tutti accettato, si deve però sempre dubitare se giovi l'aver completamente abbandonato ogni tentativo di terapia attiva.

Il riposo e il caldo sono due canoni incrollabili di cura, ma, per quanto riguarda l'alimentazione del nefritico, il principio del « risparmio dell'organo » è applicato in modo assai differente.

L'acqua, consigliata da Senator (1890) per il lavaggio dei tubuli e l'asportazione dei cilindri, è caduta in discredito da quando Heidenhaim ebbe dimostrato che anche la secrezione dell'acqua rappresentava un lavoro per

il rene: ed ecco v. Noorden (1902) consigliare la limitazione dell'acqua.

Anche il cloruro di sodio ha seguito la stessa parabola, da quando si è conosciuto il parallelismo che lega la bilancia dell'acqua con quella dei sali.

L'espressione estrema di questo criterio terapeutico si ritrova nella famosa cura « della fame e della sete » di Volhard: il riposo del rene è così altissimo, benchè non assoluto (la eliminazione dell'N endogeno continua); ma non può essere tollerato a lungo dall'infermo.

D'altra parte gl'idrati di carbonio non danneggiano il rene (la poca H_2O che se ne forma è emessa col respiro) e possono darsi largamente: 400 anni prima di Cristo, Ippocrate prescriveva ai malati di reni le focacce di miele!

Dei grassi poco sappiamo; le albumine vanno abolite quando l'azotemia è alta, ma non possono esserlo a lungo senza danno del malato che, d'altra parte, perde abbondanti albumine: perciò, nelle malattie che si protraggono, Martini dà 50-100 gr. di carne, 1-2 uova e 1/2 litro di latte al giorno.

Anche il latte ha avuto momenti di grande favore: oggi si tende a restringerne la somministrazione (1/2-3/4 di litro), aggiungendovi invece copia di carboidrati e un po' di albumina (v. sopra).

Frutta e marmellate debbono essere concesse in abbondanza; dalle verdure che contengono acido ossalico (spinaci) Martini non ha mai avuto effetti spiacevoli.

L'alcool deve essere totalmente abolito.

Questo per quanto riguarda la dieta; in quanto alla terapia attiva essa è stata sinora soffocata sotto al concetto del « risparmio dell'organo »: è tempo ormai che « la medicina renale si rialzi dagli allori della sua terapia di risparmio » e il fatto che Volhard consigli l'uso dei diuretici va preso come buon augurio che questo periodo di paura (Angstpsychose) cominci a essere superato.

I medicamenti attivi, al giorno d'oggi, sono anzitutto i diuretici: il loro fiorire va legato all'evoluzione delle nostre conoscenze sulla formazione dell'edema, benchè in pratica il preciso meccanismo della loro azione sia ancora tutt'altro che chiaro.

Ricordiamo tra essi, anzitutto, l'acqua, il famoso colpo di ariete di Volhard: è oggi noto che esso va adoperato solo nei casi di nefrite acuta, non più recentissima, con oliguria e anemia; è invece dannoso e nelle forme acute incipienti e in quelle croniche.

I diuretici vegetali, e più ancora gli animali (cantaride), sono caduti perchè irritano i reni.

Si fa oggi largo impiego dei derivati purinici (teobromina, eufillina), ad azione vasodilatatrice renale; giovano talora i corpi del gruppo digitalico, e nelle forme nefritiche la tiroidina o la tirossina (in tal caso sorvegliare strettamente i malati).

L'una è un buon diuretico, ma perchè sia efficace occorre che la si somministri a dosi alte (60-100 gr. al dì) che sono male tollerate.

Riprendendo la virtù ben nota del calomelano, sono oggi in grande favore i diuretici mercuriali (Novasurol e più Salyrgan): durante il loro uso, sorvegliare la bocca, l'intestino e il rene!

L'azione dei diuretici non è uniforme nè costante: nè si sa quale modificazione inducano nel processo renale stesso.

Contro l'albuminuria si usano il calcio e la gelatina.

Dei mezzi fisici il caldo è da tutti raccomandato, mentre ci si astiene abitualmente dalle diaforesi troppo intense, perchè producono un grave squilibrio del circolo.

Di fronte ad un anasarca generalizzato o a gravi edemi si può ricorrere al drenaggio con aghi o trequarti, oppure a vere incisioni; in tali casi si tema l'eresipela!

Il salasso va usato (200-400 cc.) quando l'azotemia salga, e compaiano cefalea, coma, amaurosi ecc.; la puntura lombare gioverà nelle forme eclamptiche, e lo scapsulamento del rene nelle anurie invincibili.

La nefrite acuta passa nella forma cronica con grande facilità; e quasi inavvertitamente; mentre il reperto urinario migliora, la ritenzione dell'acqua e dei sali, e sopratutto quella delle sostanze azotate, va peggiorando.

La cura delle nefriti croniche mira sopratutto ad allontanare l'uremia: col dileguare dei fenomeni acuti, anche la terapia attiva perde ogni significato, e la dieta, e il regime di vita divengono i fattori principali di cura.

Naturalmente, poichè si tratta di forme croniche, non si possono attuare delle misure estreme: 1 gr. di albumina per Kg. di peso e 2-3 giorni di vitto senza carne alla settimana rappresentano un minimum che va oltrepassato solo quando l'uremia incomba: per il sale, si diano 8 gr. al dì.

Quando la pressione arteriosa cresce, ci si preoccuperà del circolo.

Nelle nefrosclerosi secondarie, nè medicine nè dieta hanno un'azione sicuramente ipotensiva: occorre quindi rinforzare sopratutto il cuore.

Nelle nefrosclerosi primitive, l'ipertensione oscilla, e si possono ottenere delle diminuzioni di essa, sopratutto col riposo.

La nefrosi è rarissima: l'albuminuria si combatte male: la ritenzione di acqua e di cloruri viene mitigata, riducendo l'introduzione dell'una e degli altri: quali diuretici giovano particolarmente la tiroxina e l'urea.

L'articolo termina con le parole di Bright « ...ed io sono indotto a sperare che troveremo un mezzo per combattere il male alle radici ».

V. SERRA.

Il trattamento moderno della calcolosi renale.

(CH. P. MATHÉ. *Journ. Am. Med. Ass.*, 28 febbraio 1931).

L'argomento è dei più interessanti: non si può infatti dire che le idee al proposito siano oggi molto chiare ed il pratico sa come sia difficile in alcuni casi di calcolosi renale il trovare la giusta linea di condotta terapeutica.

L'A. prende occasione da 74 casi capitati sotto la sua osservazione e da lui variamente trattati, per portare il contributo della sua pratica alla questione.

L'A. mette innanzitutto in evidenza l'importanza patogenetica della stasi urinaria, dei focolai d'infezione sia locali sia posti in altre parti dell'organismo (tonsille, orecchio medio ecc.), delle anomalie congenite del tratto urinario e delle alterazioni dei processi chimici o metabolici, per la formazione dei calcoli; e la necessità dell'allontanamento di questi fattori per evitare o diminuire la possibilità di recidive.

Gli effetti patologici dei calcoli sono noti: se il calcolo non è rimosso si può giungere ad infezione del rene e per irritazione e pressione alla formazione di necrosi ulcerative o di ascessi.

Questi processi, se non curati possono estendersi dando luogo a perinefriti, peripieliti, ascessi perinefritici: questi poi possono perfino perforare il diaframma e aprirsi nei polmoni. Il calcolo in un rene può inoltre essere causa di formazione di calcoli nell'altro rene e se è occlusivo causa idronefrosi e rottura spontanea della pelvi. Se accompagnato da pielonefrite streptococcica, può essere causa di una setticemia con endocardite e morte.

Il trattamento moderno delle calcolosi renali include molte misure profilattiche e cioè: nefrectomia precoce per pionefrosi calcolosa distruttiva, la quale potrebbe agire come focolaio di formazione di calcoli nell'altro rene sano, la messa in evidenza e la rimozione di altri focolai d'infezione in varie parti dell'organismo, l'eliminazione di fattori predisponenti quali appunto la stasi urinaria, la correzione del metabolismo difettoso con una dieta basata sull'analisi chimica del calcolo eliminato.

I calcoli, occlusivi o non, sono causa di continua irritazione per il rene, ne diminuiscono la resistenza e lo rendono maggiormente suscettibile all'infezione.

La loro rimozione precoce conserva il tessuto renale e allontana ogni pericolo. Nel trattamento della calcolosi due concetti devono dunque guidare il chirurgo: la conservazione del tessuto renale e la prevenzione della possibilità di recidive.

I calcoli che misurano meno di 5 mm. di diametro possono essere aiutati a passare nella vescica per mezzo di manovre cistoscopiche: queste consistono nello slargamento del meato ureterale, nella progressiva dilatazione dell'uretere e nell'uso della succussione.

Quando il calcolo ha un diametro maggiore di 6 mm. l'intervento chirurgico è necessario: questo sarà a seconda della grossezza, della forma e della posizione del calcolo, una pielotomia o nefrotomia, o pielonefrotomia o nefrectomia.

Nel caso di operazioni su rene solitario, è necessario ottenere un perfetto drenaggio dell'urina dal rene: a questo scopo è opportuna una incisione più larga del solito: la tecnica deve essere esatta e il maneggiamento del rene gentile: la decapsulazione deve essere evitata per impedire la congestione postoperatoria.

Ultimamente Crowell ha riferito di alcuni casi di disintegrazione di calcoli di cistina con lavaggi pelvici con soluzioni alcaline: ciò aprirebbe la via alla cura dissolvente dei calcoli in situ usando soluz. acide o alcaline a seconda della analisi chimica delle urine o dei frammenti di calcoli che fossero stati eliminati.

L'A. ha avuto recidive nel 20 % dei 74 casi trattati quasi tutti operatoriamente. Dato che le varie cause predisponenti (stasi, infezione) erano state eliminate, egli crede che le recidive siano da attribuire ad un metabolismo difettoso oppure a frammenti di calcoli non estratti completamente nell'operazione. Questa possibilità può essere diminuita da un accurato esame radiografico postoperatorio del rene.

G. LA CAVA.

CUORE E VASI SANGUIGNI.

Il cuore tiroideo.

(PUCHULU. *El Día Médico*, 15 dic. 1930).

Dalla descrizione di un caso clinico di gozzo esoftalmico con aritmia completa e insufficienza ventricolare sinistra l'A. prende occasione per trattare del comportamento del cuore nei basedowiani.

Frequenza. Non tutti i basedowici presentano sintomi di insufficienza cardiaca: dalle statistiche risulta che solo nel 30-40 % dei casi si ha un reale disturbo da parte del cuore.

Patogenesi. A spiegare la patogenesi sono stati proposti vari fattori:

fattori meccanici *a*) il gozzo comprime la trachea producendo difficoltà respiratoria, enfisema ed asfissia; ciò conduce ad un sovraccarico del lavoro del cuore e come conseguenza alla debolezza del miocardio.

b) il fattore meccanico è costituito dalla tachicardia stessa. La ragione di questa si credeva che fosse uno stimolo diretto dei gangli simpatici per l'aumento di volume del gozzo. Oggi si crede che l'aumento di consumo di ossigeno esiga una maggiore mobilizzazione della massa sanguigna e quindi la tachicar-

dia. Questa implica la diminuzione o soppressione del riposo del cuore e quindi l'indebolimento del miocardio;

c) la vasodilatazione periferica produce la perdita del tono vascolare (iposistolia periferica) e conduce quindi ad un abbassamento della pressione differenziale che provoca la rottura dell'equilibrio tensionale e segna il primo passo verso la asistolia generale.

fattori tossici dedotti da osservazioni cliniche e sperimentali: la frequenza con cui il disturbo cardiaco precede il quadro ipertiroideo sta a favore di una azione tossica della tiroide sul miocardio.

Beckel e Frommel iniettando nei conigli dosi massive di estratto tiroideo sono riusciti a riprodurre sperimentalmente la maggior parte delle varietà di aritmia incontrate nei basedowici.

Anat. patol. Non si riscontrano lesioni specifiche: si ha macroscopicamente ipertrofia e dilatazione, striatura delle fibre, infiltrazioni linfocitarie.

Manifestazioni cliniche. La tachicardia è caratteristica: le palpitazioni e la dispnea appaiono dopo il minimo sforzo. Gli edemi sono poco accentuati e spariscono con il riposo: sono in generale dovuti a disturbi circolatori periferici da dilatazione capillare.

I grandi edemi accusano, se presenti, la *défaillance* cardiaca. Le modificazioni della pressione arteriosa, presa allo stato di riposo, non sono costanti, si nota però un certo aumento di essa.

Il volume del cuore aumenta per dilatazione ed ipertrofia e parallelamente all'insufficienza cardiaca. All'ascoltazione primo tono forte e scoccante. È frequente la presenza di soffi sistolici brevi, netti, vicino al focolaio polmonare, non propagantisi. Questi soffi spariscono quando il polso si normalizza. I disturbi più frequenti del ritmo sono la aritmia completa, la estrasistolia e la tachicardia parossistica.

Diagnosi. Diagnosticare un cuore tiroideo è facile in un soggetto in cui si abbiano segni evidenti di ipertiroidismo (escludendo naturalmente affezioni cardiache precedenti).

Non altrettanto facile è stabilire se esista partecipazione tiroidea in una disfunzione cardiaca quando il quadro clinico è incompleto.

Escudero sospetta la possibilità di questa partecipazione:

1) quando vi è sproporzione fra i sintomi subiettivi e i segni fisici obiettivi;

2) quando i paz. hanno nei loro antecedenti palpitazioni più o meno frequenti in forma parossistica e passeggera;

3) nei soggetti giovani senza precedenti articolari e con « flutter » e fibrillazione;

Trattamento. Deve essere duplice: trattamento cioè medico o chirurgico dell'affezione tiroidea e trattamento dello stato cardiovascolare.

A quest'ultimo riguardo il riposo ha importanza fondamentale: un riposo assoluto: fisico, intellettuale e morale.

Il bilancio dell'acqua, anche della massima importanza si può equilibrare facendo ingerire una quantità di liquido uguale alla quantità d'urina emessa.

L'uso dei tonici cardiaci (digitale, strofanto) è consigliato per quanto la tossina tiroidea sia di per sè uno stimolante cardiaco. Nelle aritmie complete si dia la chinidina.

Prognosi. Dipende dai fattori sovraesposti. Se si ha una piccola insufficienza cardiaca il pronostico si riduce a quello dell'affezione tiroidea e guarendo questa guarisce anche la prima.

Se al contrario l'insufficienza è grave e coincide con una antica ed intensa affezione tiroidea la prognosi è infausta.

Pertanto la migliore profilassi del cuore tiroideo è la cura precoce energica e radicale (cioè chirurgica) del gozzo basedowico.

G. LA CAVA.

Aneurisma aortico simulante un neoplasma polmonare.

(A. CLERC, E. MOURRUT e R. SCHWOB. *Bullet. Mém. de la Soc. Médicale des hôp. de Paris*, 2 febbraio 1931).

La diagnosi differenziale tra aneurisma aortico e neoplasma polmonare presenta spesso gravi difficoltà. Un caso descritto dagli AA. è, a questo riguardo, molto dimostrativo.

Si trattava di un uomo di 40 anni, che aveva contratto lues nel 1915 e che nel 1918 cominciò ad accusare dei dolori toracici recidivanti che progressivamente aumentarono di intensità fino a divenire molto penosi, specie la notte, dimostrandosi ribelli ad ogni trattamento analgesico. I dolori erano nettamente localizzati a sinistra, posteriormente nello spazio scapolo-vertebrale, e anteriormente sotto la regione mammaria. L'infermo, entrato in Ospedale nel settembre 1929, era molto pallido e denutrito, aveva tosse con espettorato di aspetto banale e senza bacilli, e presentava nell'emitorace di sinistra una ottusità completa con abolizione del fremito che arrivava in alto fino alla clavicola e posteriormente al di sopra della spina della scapola; alla base del polmone esisteva una piccola banda di sonorità normale. Sulla zona ottusa il murmure respiratorio era quasi scomparso. Il polmone destro e gli altri organi erano sani. La radioscopia dimostrò l'esistenza di una vasta zona di opacità, omogenea, che mascherava la parte media e superiore del campo polmonare sinistro, zona che nella faccia interna si confondeva con l'ombra cardio-vascolare, ma di cui il bordo esterno, *sprovvisto di ogni pulsazione*, presentava contorni netti, arrotondati e senza lobulazione. Fatto importante, al di sot-

to dalla massa principale se ne trovava un'altra, di minore estensione, meno omogenea, di forma grossolanamente triangolare. Il polmone destro presentava tralci fibrosi disseminati.

Per lo stato generale, per i segni toracici e per le masse multiple rivelate dallo schermo, fu confermata la diagnosi d'entrata di neoplasma polmonare e l'infermo fu sottoposto a cure radioterapiche. Dati poi gli antecedenti specifici indiscutibili e la presenza di una reazione di Wassermann positiva, fu praticata anche una cura antiluetica. Questo doppio trattamento portò non solo alla scomparsa completa dei dolori, ma anche ad un notevole miglioramento dello stato generale, e l'infermo poco dopo lasciò l'Ospedale. Però nè l'esame clinico nè la radiografia dimostravano cambiamenti sensibili nel reperto toracico.

Dopo circa un anno lo stato generale dell'infermo era nuovamente peggiorato; i segni radiografici rimanevano gli stessi quanto alla massa principale; la massa inferiore era invece meno omogenea. Presto si aggiunse febbre irregolare, tosse frequente con espettorato abbondante, che divenne francamente nummulare e fu riconosciuto positivo per il bac. di Koch, il deperimento si accentuò e l'ammalato morì come un tubercoloso cachettico.

L'autopsia dimostrò un cuore relativamente piccolo, sormontato da una enorme saccoccia aneurismatica, laterale esterna, che si estendeva dall'aorta ascendente fino alla prima parte dell'aorta toracica. Questa saccoccia si era sviluppata a sinistra della colonna vertebrale, nella quale si era come incastrata, erodendo i corpi delle prime vertebre toraciche. Il polmone sinistro dimostrava nei due terzi superiori del lobo inferiore una vasta caverna piena di pus, circondata da una zona di infiltrazione tubercolare.

Il caso offre un doppio interesse. Da una parte dimostra la fluttuazione di una diagnosi di neoplasma, verosimile all'inizio, resa meno probabile dal miglioramento ulteriore e dall'influenza benefica del trattamento specifico; quest'ultimo fatto insieme con gli antecedenti potevano far pensare all'origine sifilitica del tumore, così come la presenza di un espettorato bacillifero poteva far credere alla sua natura tubercolare; la presenza sulla radiografia di due masse distinte sembrava confermare la diagnosi di neoplasma. D'altra parte insegna che l'assenza di pulsazione non deve fare eliminare l'esistenza di una ectasia aortica.

C. TOSCANO.

Sifilide cardiovasale e neurosifilide.

(F. BACH e C. WORSTER-DROUGT. *Lancet*, 22 novembre 1930).

I rischi della malariaterapia hanno fatto prendere in considerazione i rapporti tra le affezioni neurosifilitiche e le eventuali coesistenti affezioni luetiche del cuore e dei vasi.

Gli studi fatti al riguardo in Germania hanno messo in evidenza che negli individui affetti da neurosifilide si riscontrano lesioni sifilitiche cardiache e vasali molto più frequentemente di quel che si ritiene, e che molti casi di esito letale durante la malariaterapia si devono alla coesistenza di queste lesioni.

Gli autori hanno ripreso tali studi ed hanno fatto l'esame clinico completo del sistema cardiovasale, compreso l'ortodiagramma e l'elettrocardiogramma in 25 casi di neurosifilide (tabe, tabe-paralisi e paralisi progressiva) ed hanno praticato l'esame neurologico completo in 25 casi di affezioni luetiche all'apparato circolatorio. Per la prima serie si trattava di individui con un'età media di 43 anni.

Nei 25 casi di neurosifilide in un solo caso si riscontrò il quadro clinico definito dell'aortite sifilitica, in un altro c'erano segni che facevano sospettare questa lesione, ed in quattro esistevano sintomi di arteriosclerosi e di ipertensione.

Nei 25 casi di sifilide cardiovasale quattro soli presentarono segni di neurosifilide (in due tabe, ed in due solo alterazioni pupillari).

L'esame radiografico rivelò l'aumento dell'ombra cardiaca caratteristica dell'aortite sifilitica solo in due casi del gruppo dei neurosifilitici, mentre tale referto fu nettamente positivo in tutti i 25 casi di sifilide cardiovasale.

All'elettrocardiogramma non si trovarono definite anormalità, ma solo abbassamento della curva della cupola solo in otto casi di neurosifilide, mentre nel gruppo dei cardiovagopazienti si trovarono nette anormalità in 20 casi.

Gli autori quindi concludono che anche con i moderni metodi d'indagine solo in pochi casi di neurosifilide (l'8%) si riesce a rilevare lesioni dell'apparato circolatorio, e che, rispettivamente solo in pochi casi di sifilide cardiovasale (il 16 % si riscontrano segni di neurosifilide.

Tali risultati sarebbero sconcordanti con quelli ottenuti dai clinici tedeschi. Tuttavia la percentuale anche lieve di lesioni cardiovasali nei neurosifilitici non deve sconsigliare dal praticare l'esame clinico dell'apparato circolatorio anche con i metodi più delicati, prima di praticare la malariaterapia allo scopo di renderla meno pericolosa.

DR.

TISIOLOGIA.

Diagnosi differenziale e terapia degli infiltrati precoci tubercolari.

(DORENDORF. *Zeitschr. f. Tuberk.*, n. 2, 1930).

Molte affezioni del polmone possono dare quadri radiologici difficilmente distinguibili da quelli degli infiltrati precoci tubercolari. Così polmoniti acute e croniche e i loro esiti

come pure tratti atelettasici danno sullo schermo ombre identiche a quelle degli infiltrati precoci. Ascessi polmonari non fluidificati e focolai di gangrena, sono anche essi talvolta stati scambiati con infiltrati precoci rotondeggianti. Cavità ascessuali e gangrenose del polmone, bronchiettasie sacciformi, enfisemi bulbosi si possono scambiare con caverne precoci tubercolari. Anche i tumori possono simulare focolai precoci rotondeggianti. Un errore diagnostico si può evitare senza difficoltà in tutti questi casi purchè si valutino accuratamente i sintomi clinici e si ricerchino con attenzione i bacilli di Koch dello sputo. In generale gli infiltrati precoci tubercolari danno uno sputo ricco di bacilli, almeno transitoriamente, anche se nè clinicamente nè radiologicamente si possano in essi dimostrare processi di sfacelo.

Se lo sputo non contiene bacilli, la diagnosi differenziale presenta notevoli difficoltà specialmente all'inizio. È importantissimo diagnosticare a tempo l'infiltrato precoce tubercolare, per curarlo prima che si sieno iniziati processi di sfacelo col conseguente pericolo della diffusione dell'infezione. L'infiltrato precoce presenta non raramente nei primi stadii una spiccata tendenza alla guarigione: è perciò sufficiente una cura di riposo e l'evitare influenze nocive; qualsiasi terapia stimolante sarebbe dannosa: il rigoroso riposo a letto per alcune settimane basta talvolta ad evitare lo sfacelo dell'infiltrato e a provocare il riassorbimento e la cicatrizzazione.

E' però necessario il controllo medico accurato, con ripetuti esami radiologici ed esami dello sputo, per accertare il primo inizio dello sfacelo dell'infiltrato, sfacelo che può aversi nonostante la cura di riposo. Non appena si manifesta lo sfacelo è indispensabile il pneumotorace artificiale che solo può evitare la diffusione dell'infezione e che agisce svelenando l'organismo, migliorando lo stato generale, la temperatura ed il polso. Il pneumotorace è tanto più efficace tanto più completo riesce il collasso del polmone; eseguito appena si iniziano i fenomeni di sfacelo dello infiltrato precoce, non esistono di solito ancora aderenze pleuriche estese resistenti; l'effetto è allora ottimo, la quantità di espettorato diminuisce sensibilmente, la velocità di sedimentazione diminuisce fino a valori normali, il peso aumenta di settimana in settimana. La cura pneumotoracica va proseguita nei casi di focolai precoci per 12 a 18 mesi; prima di smettere il pneumotorace è necessario che per almeno sei mesi il paziente si senta bene, non abbia febbre nè bacilli nello sputo, abbia una formula leucocitaria normale ed una normale velocità di sedimentazione degli eritrociti. Se esistono aderenze l'effetto del pneumotorace è più lento; talvolta devono passare dei mesi, perfino un anno, prima che si possa ottenere il pneumotorace veramente efficace; sarebbe un errore aumentare fortemente la pressione nell'intenzione di accelerare i risultati. Anche nella cura pneumotoracica dell'infiltrato precoce si osservano non raramente essudati pleurici febbrili, però soltanto nei casi in cui esistono aderenze e in cui quindi il collasso non è completo. 44 pazienti con infiltrati precoci tubercolari sottoposti alla cura pneumotoracica furono potuti seguire per più di due anni: 24 erano clinicamente guariti, molti altri notevolmente migliorati.

R. POLLITZER.

Tregue e guarigioni della tubercolosi polmonare.

(L. BERNARD. *La Presse médicale*, n. 4, 1931).

Sono escluse dalla disamina in oggetto le tregue dovute alla terapia, sia essa auroterapia o collassoterapia: non sono escluse le tregue dovute alle cure sanatoriali. Le tregue infatti causate da metodi meccanici, chimici, chirurgici, sono dovute ad intervento esterno che interrompe bruscamente un processo in piena attività. Le cure sanatoriali pongono invece il malato nelle condizioni più propizie per accrescere le loro forze di resistenza. La parola tregua, nella tubercolosi da surinfezione, implica la presenza di due fatti: che vi è stata evoluzione precedentemente, e che vi è possibilità di ripresa posteriormente. Sono queste le due condizioni che differenziano essenzialmente le due parole: tregua e guarigione. La guarigione esige la morte del germe patogeno e la scomparsa delle lesioni da esso determinate. Quello che noi chiamiamo tregua od arresto, è caratterizzato da una parte dalla cessazione della progressione delle lesioni e dell'attività aggressiva dei germi che cadono in uno stato almeno temporaneo di microbismo latente, e dall'altra dalla scomparsa dei sintomi subiettivi ed obiettivi morbosi ad eccezione dei sintomi fisici del focolaio leso. Uno stato apparente di salute succede ad uno stato di malattia, e se si stabilisce in modo definitivo si parla di guarigione clinica. Tra una tregua, un arresto della malattia, e la sua guarigione clinica, il limite non è netto.

Le circostanze nelle quali si producono queste tregue sono molteplici e vale la pena di esaminarle.

Tubercolosi acute: in tali casi è ozioso parlare di tregue quando è cognita l'evoluzione inesorabile della tisi galoppante, della granulia acuta, della polmonite caseosa. I fatti di « forme benigne di granulia » da taluni citati, sono da rivedere ed alla luce delle attuali nostre conoscenze non sarebbero più inquadrate nelle tubercolosi miliari acute. Questa, se è da surinfezione, ha sempre esito fatale perchè

sembra dimostrare e risultare da uno stato di anergia completamente sprovvisto di ogni resistenza.

Episodi effimeri: un caso particolare delle poussées di tbc. da surinfezione arrestantisi, è rappresentato da semplici episodi morbosi effimeri; il più tipico è rappresentato dalle emottisi « *sans lendemain* ». Una o più emottisi che vengono e scompaiono senza lasciare alcuno stato morboso.

Poussées evolutive della tbc. cronica: fasi di recrudescenza dei sintomi.

Queste fasi hanno nella loro stessa denominazione il carattere di arrestarsi, con caduta della febbre, ripresa del peso, scomparsa dei sintomi tosse ed espettorato.

I sintomi si dissipano lentamente, la tregua può essere durevole. Persistono taluni sintomi stetoacustici e radiologici, variabili da caso a caso.

Nella forma comune di tbc. (nodulare, ulcero-caseosa) si constata sempre questo ritmo alternato di poussées e di tregue. Quelle tregue che noi siamo usi a chiamare guarigioni cliniche sono frequenti. Sarebbe interessante conoscere la proporzione delle tregue evolutive spontanee nel corso della tbc. ulcero-caseosa comune. Nella clientela d'ospedale questa proporzione può andare al 5 % (Bernard e Mayer), perciò in malati entrati in condizioni gravi, provenienti da misere condizioni sociali.

La tbc. ulcero-fibrosa cronica, tisi fibrosa degli antichi AA., offre, per quel che riguarda le tregue, delle condizioni un poco speciali. Qui il carattere fondamentale è la lentezza dell'evoluzione: poussées discrete nei primi anni, con arresti durevoli, completi; a poco a poco le poussées divengono più notevoli, le tregue meno complete, le riprese più rapide e frequenti. Le probabilità di guarigione clinica sono minori.

La « granulia fredda », altra forma di tbc. cronica, secondo l'A. è una forma iniziale di tbc. Anche nel quadro clinico fuggevole da questa forma presentato, si osservano delle alternative di fenomeni morbosi più o meno frusti e delle fasi silenziose più o meno complete. Questa forma a poco a poco evolve verso la forma comune, nodulare, ulcero-caseosa. In qualche caso, per altro, le lesioni possono stabilizzarsi e restare stazionarie per tutto il tempo dell'osservazione, ovvero, possono riassorbirsi. In questi due ultimi casi si può parlare di arresto della malattia e di guarigione clinica.

Altra forma particolare di arresto si ha in taluni casi di tbc. locale: permanenza di un focolaio localizzato prodottosi dopo una poussées evolutiva unica e che tale rimane senza provocare reazioni generali.

Esistono inoltre focolai pneumonici curabili: tbc. aperte o latenti con andamento di pneumonite acuta e tuttavia con esito in defervescenza, con arresto dell'evoluzione.

La ripercussione delle tregue precedentemente descritte, sui segni fisici, è varia: dalla scomparsa alla persistenza completa. La regressione anatomica può consistere nella risoluzione della lesione ovvero nella trasformazione sclerosa. La risoluzione si osserva nelle alveoliti: essa non potrà aversi perciò che nelle lesioni iniziali da surinfezione, nelle lesioni cioè recenti. La sclerosi è il processo di regressione delle lesioni follicolari: nella sclerosi la calcificazione è incostante.

Le sclerosi hanno manifestazioni differenti. Ad una poussées evolutiva arrestatasi, si possono notare focolai circoscritti, nodulari, localizzati, scomparsi dando luogo a vere cicatrici polmonari: ai raggi X si vedono le loro traccie sotto forma di ombre opache, limitate, a contorni netti od irregolari. La sclerosi consecutiva alla scomparsa di chiazze o di rete alveolare, si mostra con un intreccio trabecolare fitto; la lobite si trasforma in un'ombra, opaca, non omogenea, quasi residuasse un piccolo moncone costituito dal lobo (in genere il superiore) fibroso e retratto. Allorchè si tratta di un processo interessante su grande estensione il parenchima polmonare, in modo diffuso, si ha il cosidetto fibrotorace. Le sclerosi polmonari estese, reliquato di poussées diffuse, danno luogo a conseguenze meccaniche dovute alla retrattilità del tessuto neoformato: retrazione del mediastino e della trachea, retrazione del bordo costale, destrocardia, e spessissimo, la bronchiettasia. Questi effetti meccanici della sclerosi polmonare non esigono la sinfisi pleurica.

Per quanto riguarda le caverne, ormai è indubbio che anche esse possono scomparire: certo bisogna andar cauti con la diagnosi di caverna: prima di affermare l'origine cavitaria di una immagine lacunare, bisogna pensare agli stati anatomici non cavernosi che possono simularle: incroci costali, ectasie dei bronchi preilari, ispessimenti pleurici, e specialmente, pneumotoraci parziali.

Con Jacquerod si possono distinguere quattro tipi di immagini lacunari: 1) i cosidetti « nidi d'ape » o « forme a mollica di pane » (rammollimento cavernulare). 2) La bolla di Bouchard, a contorno circolare, regolare od irregolare. 3) Forme a cerchio più o meno spesso, inscritto nel campo, ma il cui centro ha la stessa apparenza delle parti vicine, chiare od opache (alveolite vicina a cavernulizzarsi). 4) Immagini lacunari prive di contorno, di forme irregolari.

La regressione di queste cavità segue modalità diverse: un tipo si può trasformare nell'altro, e simili. La regressione avviene per risoluzione o per sclerosi.

La prima, con la scomparsa dell'immagine, avviene secondo Jacquerod, nei suoi due primi tipi. La sclerosi si forma nelle caverne antiche.

Ricorderemo infine la nozione dell'esistenza di caverne ad « eclissi » cioè caverne che compaiono e scompaiono e ricompaiono: certamente i fatti sono qui determinati dall'evoluzione dei focolai di alveolite e delle lesioni perifocali.

Quanto precede, riguarda lo stato anatomico e clinico delle tregue: la questione più grave riguarda il sapere cosa valgono e quali sono gli elementi di prognosi delle tregue. Questi derivano anzitutto dai sintomi: stabilizzazione perfetta, durevole, dell'apiressia, scomparsa dell'espettorato e dei bacilli, nessuna conseguenza della ripresa del lavoro. Dalla coesistenza della regressione clinica ed anatomica si potrà arguire del lasso di tempo necessario, dopo un arresto, per parlare di guarigione clinica: lasso di tempo che Jacquerod fissa ad un anno, Bernard a tre anni. Ma anche la coesistenza della regressione anatomica e della regressione clinica non è un argomento decisivo: troppo spesso si osservano guarigioni durevoli con persistenza dei segni stetoacustici e radiologici. Altri elementi utili possono essere dati dal comportamento della cutireazione, della tensione arteriosa, della sedimentazione delle emazie. R. MONTELEONE.

Le manifestazioni oculari della tubercolosi.

(GOMEZ-MÁRQUEZ. *Revista de Higiene y de Tuberculosis*, 31 gennaio 1931).

Lo studio della tubercolosi oculare non deve essere riservato esclusivamente all'oftalmologo, ma deve in parte rientrare anche nella pratica del medico generico, perchè presenta spesso aspetti che la rendono interessante ad ogni medico. In effetti essa può essere studiata in due modi: o come infezione specifica che localizzandosi nell'occhio evolve e si sviluppa come in qualsiasi altro organo, o come affezione visiva suscettibile di determinare disturbi funzionali tali da rendere necessaria, sia per la diagnosi che per la cura, l'uso di una tecnica speciale. Nel primo caso merita l'attenzione di ogni medico, nel secondo è di competenza esclusiva dell'oculista.

Possiamo dividere le lesioni oculari specifiche in tubercolari propriamente dette ed in manifestazioni oculari dell'allergia tubercolare: le prime comprendono le lesioni in cui si trova il bacillo di Koch o i follicoli caratteristici di Koester, le seconde comprendono tutte quelle affezioni locali di natura ignota, senza bacilli nè follicoli, i cui caratteri clinici offrono una certa analogia col quadro reattivo che caratterizza il fenomeno di Koch.

Nella tubercolosi oculare propriamente detta ricorderemo le lesioni lupose della pelle, non dissimili da quelle di altre regioni, le infiltrazioni della ghiandola lagrimale, che in generale si accompagna a infiltrazione delle ghiandole salivari sottomascellari dando la tipica sindrome di Mikulicz, le lesioni ulcerose o vegetanti della congiuntiva, la tubercolosi delle vie lagrimali con pus e fistole caratteristiche.

Tutte queste forme di TBC hanno come caratteri fondamentali l'assenza quasi costante di bacilli di Koch (che contrasta con la presenza costante del follicolo tipico), la benignità e la scarsa o nessuna coincidenza con lesioni polmonari. Si potrebbe affermare che è rarissimo riscontrare la tubercolosi oculare nei tubercolotici polmonari; donde due dati di grande importanza pratica: uno per il medico generico, che cioè la presenza di una lesione oculare indica o un polmone sano o comunque una forma benigna; ed uno per l'oculista, che cioè un'affezione oculare di origine dubbia non è quasi sicuramente tubercolare, se si accompagna a lesioni evolutive gravi.

Le lesioni tubercolari non accessibili all'esplorazione anatomo-patologica, e cioè le intrabulbari, sono le più interessanti, perchè lo studio di esse può indicare come si comporteranno ed evolveranno, nel caso dovessero invadere altri organi profondi meno accessibili all'esplorazione.

In questo tipo di lesioni, che con tanta frequenza costituiscono la base anatomica della tubercolosi delle membrane profonde dell'occhio, è caratteristico il fatto che sono formate da noduli sparsi piccolissimi, che tendono più a regredire spontaneamente anzichè a finire in processo di caseificazione e disintegrazione.

Le manifestazioni oculari dell'allergia tubercolare comprendono quelle lesioni che, pur non presentando caratteri tipici, ci autorizzano a riportarle al quadro generale della scrofolosi: così le congiuntiviti e le cheratiti croniche, e principalmente le cherato-congiuntiviti flittenulari, che si avvantaggiano molto e guariscono con le cure antiscrofolose.

MEZZATESTA.

STORIA DELLA MEDICINA

Pestilenze celebri.

La peste di S. Carlo.

La gente mezzanamente colta è molto se delle pestilenze dei secoli passati ricorda le due famose del Boccaccio e dei *Promessi Sposi*.

Eppure quanti sono stati questi flagelli che hanno pressochè sterminato città e paesi! Ma di essi tace la storia e non giustamente; dacchè — come osserva parlando, tra altro, di tali morbi il prof. Eugenio Bajla in un libro recente, che è un simpatico contributo alla storia di Milano ed ha pagine piene d'interesse e veramente piacevoli (1) — non solo tali pestilenze han da considerarsi come avvenimenti che hanno avuto sulla vita sociale le più grandi ripercussioni, ma questi flagelli possono, almeno per l'Europa, ritenersi ormai relegati tra i ricordi di quel passato che costituisce appunto la storia.

A legger la sfilza di quelle terribili epidemie nel Corradi, c'è, per un lettore impressionabile, da provar qualche cosa che somiglia la paura. E già s'impressionerebbe un timido, che si limitasse a scorrer la lista che ne dà il diligente cardinale Castaldi nel suo ponderosissimo volume in quarto, stampato or sono due secoli e mezzo, e che tratta del modo di allontanare la peste — *de avertenda et profliganda peste* — .

Nota a quanti abbian letto il capolavoro manzoniano la peste che fu detta *di San Carlo*, e che precedette di circa un mezzo secolo l'altra, più famosa, del Secento, la quale nel celebre romanzo pare risolvere, come un *deus ex machina*, le ingarbugliate vicende interpostesi tra i semplici cuori di due poveri innamorati.

* * *

Si sa le morti che seminavano quelle epidemie. Firenze, otto anni prima della peste del Boccaccio, ne ebbe una in cui « quale si poneva ammalato (farem parlare Giovanni Villani) neuno ne campava; e morinne più che 'l sesto de' cittadini, pure dei migliori e i più cari ». E Matteo Villani chiama la peste del 1348 il più grande e mortale castigo che Dio abbia mandato dopo il diluvio.

Ma neanche quelle di Milano pare volessero restare indietro nella gara; tanto che, sol per citare alcuni dati riportati da Eugenio Bajla, i morti del 1350 furono ben 77.000; e 30.000 furon quelli del 1450, e 50.000 quelli del 1485, tale cifra essendo raggiunta anche nell'epidemia del 1424. E la Milano d'allora non era quella d'oggi; chè, ad esempio, nei primi del Secento non pare la città avesse più di 250.000 anime.

Di tutte queste peraltro la più celebre resta la peste che ebbe il nome di San Carlo. E questo nome l'ebbe per lo spirito d'altruismo dimostrato in quell'occasione dal grande cardinale, che fu — dice il Manzoni — guida, esempio e vittima volontaria.

E degna di nota questa epidemia, perchè essa offre qualche punto di raffronto con la precedente: come le figure dei Borromeo in ambedue preminenti sopra ad ogni altra; e quelle processioni, che pure ebbero un esito così diverso, quelle della prima non avendo apportato alcun danno, mentre l'altra della peste manzoniana ebbe ad aggravare molto il corso dell'epidemia. Prevedendo i quali danni il cardinal Federigo non avrebbe voluto quella tal processione, che invece i decurioni riuscirono ad estorcergli pressandolo in ogni modo; per quanto non solo il contagio costituisse la sua preoccupazione, ma egli mettesse anche in bilancio la eventualità di un insuccesso, e finanche pensasse al male che potrebber fare in quel pigia pigia gli untori. Che se pur non era sicuro delle unzioni, anzi parea molto dubitarne — « se pur ce n'era di questi untori », diceva esprimendo la sua contrarietà —, certo lasciava supporre ch'ei non escludesse del tutto una possibilità, che parve al Manzoni, nell'ottocento, una vera stoltezza, ma tale non potea parere alle menti d'allora, così invasate di fantasticherie, di magie, di astrologia giudiziaria e via discorrendo.

* * *

Abbiam sott'occhio la trascrizione del documento trovato dall'Johnsson nella Biblioteca reale di Copenaghen, e pubblicato da lui e dal Corsini, e vorremmo riportarlo per intero, persuasi della forza viva che — per dirla col Manzoni — hanno certi scritti del tempo letti nel loro originale. Dal documento apparisce che, se San Carlo fu religiosissimo, non condivise le superstizioni religiose del suo tempo.

Quanto alle processioni, non volevano i *fisici* di allora concedere il loro assenso.

Tuttavia le pressioni di un sant'uomo come quello, e il fanatismo delle masse finirono per obbligarlo a cedere. E anche questa volta ci piace trasportarci in mezzo a quei tempi ascoltando le parole stesse di quei magistrati sanitari: che sarà come quando, volendo intendere la vita del popolo (e intendere è sentire all'unisono; è vivere la stessa vita) ci cacciamo in mezzo alle folle, sperdendo un po' l'anima nostra tra quella anonima massa, e questa in parte quasi assorbendo e respirando.

Scrive dunque il presidente dei conservatori, della sanità, il *fisico Brigola*:

« Havendosi (per ringraziare la divina maestà della molta misericordia fatta a questa cit-

---

(1) E. BAJLA. *La Scienza di Esculapio in Milano*. Edit. dalla « Gazz. Sanitaria », Milano.

tà et per supplicarla della intera e perfetta liberazione da qualche rimasa reliquia della peste) a far una solenne processione col Sacro Chiodo, che nella Chiesa maggiore si trova per accompagnamento di essa, quanto in questi tempi si può. Concedono gli Illustri, et Molto Magnifici Signori Presidenti, e conservatori della sanità dello stato di Milano, che per questa volta, e per questo servito santo, possano gli huomini, et i putti dai dodici anni compiti in su uscire di casa, anco avanti il campanone grosso, non ostante le grida in contrario. Commandano però sotto pena di scuti cento applicabili al loro ufficio, ovvero di tre tratti di corda, e più, e meno al suo arbitrio, che niuno di casa infetta o sospetta ardisca di uscire...... ».

Ma basti questo poco; che alcun timoroso della grammatica e della punteggiatura non abbia a inalberarsi troppo per l'audacia che contro di questa e di quella dimostravano i signori conservatori. I quali, se possono apparire alquanto ampollosi — parlando, chi firmava come *praeses*, di sè stesso e degli altri come di Illustri et Molto Magnifici, per quanto allora illustre fosse, all'opposto d'oggi, meno che illustrissimo — e se possono anche sembrare volere un po' rubare il mestiere al boia con que' tratti di corda che van comminando, non si può dire peraltro che non fossero più oculati di quel che potrebbe credere chi stimi l'igiene sociale essere scattata fuori tutt'a un tratto dai cervelli dell'Ottocento, come l'alato Pegaso dal tronco di Medusa quando Perseo le ebbe tagliata la testa. Che a disingannar questi tali, oltre a ricordare l'igiene pubblica di Roma antica — come gli approvvigionamenti delle acque — o gli statuti promulgati nell'ultimo medioevo dalle repubbliche italiane, ricorderemo solo un piccolo dato: quello della distruzione dei topi voluta dallo stesso San Carlo, e che il Bajla dice poter far pensare si sospettasse della trasmissione del morbo — come oggi si ammette — per mezzo di quei piccoli animali. Se non che si potrebbe anche credere che non si volesser guastate dai terribili roditori, oppur diminuite quelle provviste di grano, che, con le carestie, che alle pestilenze si accompagnavano, e con le difficoltà degli approvvigionamenti, dovevano apparire il più prezioso tesoro di riserva.

Che, a ogni modo, potrem ricordare come duemila anni avanti d'oggi, Varrone nostro avea già divinato i microbî, parlando di minuti animali che non si posson distinguere ad occhi nudi — quae non possut oculi consegui — e che, entrando con l'aria in bocca e ne' polmoni producono *difficiles morbos*, ossia malattie difficili a guarire o di non chiara natura.

La quale concezione, sorta qui in Italia, doveva esser ripresa da un italiano moderno, l'Acerbi; quei che fu il medico di Alessandro Manzoni.

Intuì infatti l'Acerbi la natura delle infezioni, così come, poi, Agostino Bassi, cioè un altro italiano, fermava la sua teoria con sicuri esperimenti prima che Pasteur avesse la fortuna e la gloria d'esser stimato lo scopritore della genesi dei morbi infettivi; lui che, pure avendo così grande diritto all'umana riconoscenza, allargava e compieva soltanto la scoperta italiana, e dava sviluppo insomma ad un fecondo germe italiano.

Che l'Italia fu mai sempre vivaio inesauribile di semi feraci, e fucina donde si sprigionarono — e lo vediamo pur oggi con Guglielmo Marconi — le scintille vivificatrici del-l'uman genere.

Massimiliano Cardini
l. docente di Storia della medicina
nella R. Università di Roma.

CENNI BIBLIOGRAFICI [1]

G. Bilancioni. *Felice Fontana trentino e gli studî sull'anatomia e fisiologia dell'orecchio ed altri organi di senso nella seconda metà del secolo* xviii. Un vol. in-8° di 70 pag. con tav. Casa ed. Leonardo da Vinci, Roma.

Lo studio dell'opera di Felice Fontana, se interessa l'otologo per i suoi lavori speciali sull'anatomia dell'orecchio, sulla fisiologia della respirazione, ecc., si presenta ancor più interessante per il biologo, per le numerose ricerche da lui fatte in tanti campi della scienza, correggendo errori ed aprendo nuove vie ad ulteriori studî.

La figura di questo nostro scienziato (che meriterebbe di essere meglio conosciuta dai troppi che ne ignorano persino il nome) viene efficacemente lumeggiata dal Prof. Bilancioni, inquadrandola nell'ambiente scientifico della seconda metà del 700, di questo secolo germinale, come lo chiama incisivamente l'A. Ecco qui le ricerche del Fontana sul veleno delle vipere (per il quale è arrivato a conclusioni che i moderni studî di Calmette hanno confermato), gli studî sulla salubrità dell'aria, sulle reazioni della pupilla alla luce, le scoperte riguardanti le fibre muscolari, il cilinder axis, la rigenerazione dei nervi, ecc.

Tecnico valentissimo, il Fontana ha eseguito dei meravigliosi preparati anatomici in cera, di cui l'A. riporta, in belle fotografie, alcune riproduzioni. Ed altri meriti ha il Fontana, mente sintetica e vero precursore nei concetti sull'irritabilità in senso biologico e sulla unicità della vita; delle polemiche avute sulla dottrina di Haller troviamo qui un riflesso in alcune lettere inedite riportate dal Bilancioni.

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

E noi dobbiamo essere grati all'infaticabile studioso che ci illustra così bene le glorie dell'itala gente. *fil.*

J. BERBERICH. *Die Behandlung der Ohren- Nasen- und Halskrankheiten in der Allgemeinpraxis.* Vol. di pagg. 227 con 14 fig. Edit. G. Thieme. Lipsia, 1930.

Esposizione sintetica e chiara dei criteri diagnostici e specialmente terapeutici delle più comuni e importanti affezioni dell'orecchio, naso e gola che possono occorrere nella pratica generica quotidiana. L'A. perciò ha curato in modo particolare il formulario terapeutico. Il libro intende dare al medico pratico una possibilità di orientamento indicando quei metodi di cura e quei preparati che già sono stati ampiamente sperimentati nella Clinica otorinolaringoiatrica di Francoforte s. M. Sotto questo punto di vista anche lo specialista potrà leggerlo con interesse.

G. PACETTO.

A.-B. MARFAN. *Le diagnostic des angines aiguës.* Un vol. in-16° di 94 pag., con fig. Masson et C.ie, Paris. Prezzo 10 frs.

La questione più importante che si affaccia alla mente del medico di fronte ad un'angina acuta, specialmente in un bambino, si è di riconoscere se essa sia o non difterica. L'esame batteriologico tarda sempre almeno 24 ore e non è sempre possibile in tutte le località, sicchè è alla clinica che si deve soprattutto ricorrere per la diagnosi.

Tale è il giusto insegnamento che deriva dalla lettura del libro di Marfan il quale insegna a distinguere i diversi tipi di angine acute e fa una revisione della nosografia di tali affezioni. della quale alcune parti vanno, a giudizio dell'A., precisate e modificate. *fil.*

G. HIGOUMENAKIS. *Le bouton d'Orient. Leishmaniose cutanée et son traitement moderne.* Un vol. in-8° di 152 pag. con fig. Masson e C.ie, Paris, 1930. Prezzo 25 fr.

Dopo un accenno storico, l'A. fa uno studio accurato del parassita delle leishmaniosi cutanee ed investiga il modo di trasmissione, l'anatomia patologica, la storia clinica e l'evoluzione, con le innumerevoli forme (acneica, eczematosa, erisipelatosa, ecc.) e le forme che simula (lupus eritematoso e volgare, epitelioma, ulcera molle, ecc.).

Un breve capitolo di profilassi e poi la cura, su cui l'A. insiste mostrando che il metodo di scelta, molto superiore alla chemioterapia, è la diatermocoagulazione. Di questa descrive accuratamente la tecnica, riportando una trentina di casi personali. Una buona bibliografia completa la trattazione.

Il bottone d'Oriente è stato osservato anche in Italia, nonchè in Libia ed il volume dell'A. presenta quindi anche per noi un certo interesse. *fil.*

C. SIMON. *Lettres à un médecin praticien sur la dermatologie et la vénéréologie.* Vol. di pagg. 288. Paris, Masson et C.ie, éditeurs. 1930. Frs. 35.

Il volume che C. Simon ci presenta è costituito da 26 brevi capitoli, già apparsi separatamente nel *Bulletin Médical*, in ognuno dei quali è trattata in maniera succinta ma brillante e densa di concetto una questione fra quelle di maggiore importanza pratica nel campo dermato-venereologico. Specialmente notevoli sono le « lettere » su le affezioni precancerose della cute, sul trattamento attuale della sifilide in Francia, sul matrimonio dei sifilitici, sulla cura della foruncolosi, sulle pigmentazioni da acqua di Colonia, e qui è rivendicata la priorità di un dermatologo italiano, il Freund di Trieste, nella descrizione di questa entità morbosa, su la malarioterapia, ecc.

Un libro che si legge con diletto e interesse, e nel quale, sotto la veste di *causeries* senza pretese, vengono trattati e messi a punto molti fra i più discussi problemi attuali della disciplina dermatologica. MONACELLI.

R. TH. v. JASCHKE. *Therapie der Kornglizierten Schwangerschaft.* Edit. G. Thieme, 1931. Vol. di pagg. 71.

La cura delle complicazioni che insorgono nella gravidanza è quanto mai varia sia da caso a caso che da complicazione a complicazione. L'A. ha cercato di raggruppare quanto meglio era possibile il materiale creando quattro capitoli a seconda che le complicazioni fossero dovute ad anomalie dell'uovo e dei suoi involucri, a malattie dell'utero con o senza rapporto alla gravidanza, a aborto.

Il lettore vi troverà raccolti in rapida sintesi i dati più importanti sulla sintomatologia e sulla cura. P. VALDONI.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Italiana di Pediatria

(Sezione Piemontese)

Seduta del 10 febbraio 1931.

Presiede il prof. G. B. Allaria.

Il prof. Allaria commemora il prof. Cattaneo.

Influenza del sistema nervoso vegetativo sulla rachitizzazione sperimentale.

Prof. G. Guassardo. — L'O. in seguito a ricerche sperimentali, conclude che la colina e l'ergotamina, sostanze capaci di creare una prevalenza assoluta o relativa del tono vagale, proteggono dalla rachitizzazione il ratto bianco sottoposto a dieta rachitigena, mantenuto al riparo della luce e con limitazione dei movimenti.

Ricerche sulle coliagglutinine nei neonati e lattanti.

Dott.ssa Egle Inglessi. — Nel sangue dei neonati non si riesce a mettere in evidenza agglutinine per il *b. coli*: anche nel sangue della placenta del funicolo ombelicale mancano, malgrado il siero della donna puerpera presenti un tasso abbastanza elevato di coliagglutinine. Queste compaiono nei lattanti verso il sesto mese di vita; aumentano col crescere dell'età del bambino, raggiungendo verso l'anno il tasso che si riscontra generalmente negli adulti.

Contributo alla diagnosi differenziale tra il bacillo di Klebs-Loeffler e il bacillo di Hoffmann.

Dott. A. Ghio. — L'O. ha preso in considerazione il comportamento di questi bacilli di fronte ai diversi zuccheri, conclude che il b. di K.-L. fermenta sempre il glucosio in un periodo di tempo massimo di 48 ore; fermenta sempre il levulosio, la destrina e il maltosio in un periodo massimo di 96 ore; fermenta sempre la glicerina e il galattosio in un periodo massimo di 12 giorni: non sempre fermenta il saccarosio e il lattosio; non fermenta mai la mannite. Il b. di H. non fermenta mai gli zuccheri in esame: solo per eccezione, parzialmente e lentamente, il levulosio.

Considerazioni critiche sulle encefaliti post-vacciniche.

Prof. Taccone. — L'O. fa una esposizione breve sulle nozioni riguardanti l'etiopatogenesi, l'anatomia patologica, la epidemiologia, la clinica della forma morbosa.

Una rara complicazione dell'eridema nodoso.

Dott. C. Currado. — Riferisce il caso di un bambino di sette anni, che nel corso di un eritema nodoso, presentò una tumefazione regolare, elastica, non molto dolente, del testicolo sinistro, che raggiunse il volume di una noce di media grossezza. Regressione in una settimana circa. Cuti- ed intradermoreazione ripetutamente negative. L'O. crede di potere attribuire i fatti riscontrati ad una vaginalite sierosa e ricorda l'estrema rarità di questi casi.

Anemia da anchilostomiasi nell'infanzia a Novara.

Dott. A. Inglima. — L'O., ricordate le antecedenti pubblicazioni che hanno messo in evidenza l'esistenza di focolai di anchilostomiasi nel contado di Novara, espone l'osservazione di una famiglia in cui sopra sette componenti, cinque erano infestati di anchilostoma, ma solo uno presentava un'anemia intensa.

Avvelenamento da semi di ricino con ittero intenso.

Dott. A. Bonini. — L'O. ricordata la scarsissima bibliografia sopra gli avvelenamenti da semi di ricino, espone un caso di un ragazzo di 7 anni il quale, dopo ingestione di semi, presentò disturbi gastro-intestinali acuti e 20 giorni dopo la comparsa di ittero assai grave, con cilindruria, albuminuria e forte epatomegalia. Discute sulla patogenesi di questa rara complicazione che interpreta come causata non dall'azione diretta del tossico sulla cellula epatica, ma come conseguenza di disturbi gastro-intestinali causati dall'avvelenamento.

Sopra alcuni casi di para-encefaliti infantili.

Prof. Piero Fornara e dott. Luigi Greppi. — Espongono 9 casi, osservati negli ultimi sei mesi, di sindromi nervose diverse, a decorso acuto, a esito in guarigione completa, accompagnate tutte da una evidente reazione meningea infiammatoria. Nel primo caso si trattava di un quadro riducibile ad una sindrome protuberenziale; nel secondo vi era una ptosi bilaterale; nel terzo una emiparesi transitoria, con mutismo; nel quarto paresi multiple transitorie; in tre un tremore classificabile come tremore cerebrale acuto; in due una paralisi localizzata ad un arto, di tipo radicolare in uno, poliomielitico (ma rapidamente guarita) nell'altro.

Essi, dopo aver esposto gli argomenti per cui eliminarono in questi casi la diagnosi di malattia di Heine-Médin, illustrano il concetto delle « paraencefaliti » quale fu primitivamente esposto da Sicard, quale è da essi inteso, e ricordano le numerose questioni concernenti oggi le sindromi meningitiche asettiche acute, le mieliti acute benigne, le encefalomieliti disseminate, ecc.

Sopra un caso di febbre tifoide in un lattante.

Prof. Piero Fornara. — L'O. espone un caso di febbre tifoide in una bambina di otto mesi, comparso otto giorni dopo la vaccinazione jenneriana, e manifestantesi all'inizio con una intensa diarrea febbrile: il caso ebbe una normale evoluzione, e, curato con iniezioni di sangue materno, terminò in guarigione.

Su di una modificazione della reazione percutanea di Moro.

Dott. M. Scarzella. — L'O., allo scopo di rendere più facile la penetrazione della tubercolina nel derma e, di conseguenza, per rendere più sensibile la reazione percutanea, ha pensato di mettere a nudo gli strati più superficiali del derma, usando una soluzione acquosa di idrato di Na al 10 %.

Un caso di acrodinia infantile.

Dott. L. Trossarelli (riferita dal prof. Muggia). — L'osservazione riguarda un bambino di 22 mesi.

Desquamazione alla palma delle mani, alla pianta dei piedi, con colorito rosso cianotico delle estremità; sudorazione, colorito rosso acceso della cute, del naso, deperimento, agitazione intensa; tachicardia, stato sub-febbrile. L'esame del liquor dimostra alterazioni infiammatorie di tipo encefalitico.

L'O., propenso ad ammettere la natura infettiva dell'acrodinia legata a lesione encefalica a localizzazione mesencefalica, insiste sulla particolare labilità costituzionale come fattore non trascurabile nello sviluppo della malata.

Il Segretario: G. Salvetti.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

ATTUALITÀ MEDICA

Sulla "graduazione di malignità" del cancro.

Prof. CARLO GAMBERINI (Bologna).

Per la valutazione dei risultati del trattamento dei tumori con mezzi cruenti o incruenti, il comune criterio del ritardo della recidiva, della durata della sopravvivenza può (data la grande varietà istologica e clinica dei tumori stessi) valere come termine di giudizio solo se essi possono essere riportati in una classificazione precisa di tipi istopatologici a cui corrisponda una data evoluzione stabilita con statistiche cliniche.

Ho quindi veduto con molto interesse, nel mio viaggio recente, adottare un tale criterio in pratica nella Clinica Mayo ed in molte altre grandi organizzazioni americane mediante un metodo di graduazione dei tumori maligni epiteliali a seconda della loro differenziazione cellulare.

I dati di confronto per creare dei tipi di riferimento potevano desumersi solo da un poderoso studio di insieme, possibile solo in una grandiosa organizzazione chirurgica, quale appunto, ad esempio, poteva essere la Clinica Mayo di Rochester, dove affluisce per visita un materiale di circa 70-75 mila malati all'anno, dove in un attivo museo di istologia e anatomia è conservato da decenni e studiato tutto il materiale istologico delle biopsie e delle operazioni radicali dei tumori (tutti conservati in toto e in sezioni) e dove un archivio veramente mirabile per la sua perfetta organizzazione, tiene sempre aggiornate le osservazioni e notizie sul decorso di tutti i degenti e sempre pronte le relative statistiche coi più completi dettagli.

E fu il Broders, della Clinica Mayo, che nel 1920 pubblicò per il primo i suoi risultati, basandosi sullo studio istologico e sul decorso post-operativo di 537 casi di epitelioma delle labbra.

Egli potè osservare come vi fossero delle nette differenze nel decorso dei cancri con diverso grado di differenziazione e divise i suoi casi in quattro classi o gradi:

1) quelli differenziati per tre quarti;
2) quelli differenziati per metà;
3) quelli differenziati per un quarto;
4) quelli in cui non vi era alcuna tendenza alla differenziazione. (Come differenziazione s'intende, come al solito, la tendenza delle cellule tumorali ad assumere aspetto e funzione normale).

Questi cancri si comportano assai diversamente dal punto di vista clinico. Infatti in quelli di I. grado fu possibile ottenere dei buoni risultati nel 90 % dei casi; in quello di grado II, nel 62 %; in quelli di grado III, nel 24.82 %; in quelli di grado IV, nel 10 %.

Successivamente, col graduare anche altri tipi di cancri e col raccogliere un maggior numero di risultati post-operativi, il Broders stabilì di considerare come cancri di grado I. quelli differenziati al 65 %; di grado II. quelli differenziati dal 65 al 50 %; di grado III. quelli differenziati dal 50 al 35 %; e di grado IV. quelli differenziati solo dal 35 % a zero.

Tali conclusioni costituirono un metodo semplice e pratico accettato e seguito da molte delle più grandi istituzioni chirurgiche americane, dove con la specializzazione chirurgica e il grande materiale relativo, potè convalidarsi il criterio stesso ed esserne estesa l'applicazione ai tumori di sempre maggior numero di organi. È notorio, ad esempio, il meraviglioso contributo dato dai chirurghi specialisti delle scuole americane alla conoscenza e classificazione istologico-clinica dei tumori cerebrali.

Dalla graduazione dei tumori scaturiscono delle conseguenze prognostiche e terapeutiche importanti. Data la collaborazione strettissima del chirurgo col patologo, durante gli interventi stessi, i pezzi prelevati vengono esaminati e graduati; in questo modo il chirurgo può scegliere tra una limitata exeresi ed una operazione mutilante.

Così, ad esempio, nei carcinomi di grado I. il chirurgo non pratica di solito l'asportazione dei gangli viciniori perchè essi sono liberi da metastasi nella grandissima maggioranza dei casi; nei gradi II. e III. i gangli vengono asportati; i carcinomi di grado IV. sono solitamente considerati inoperabili.

Il metodo che a prima vista può sembrare troppo semplicista ed avere una parvenza di empirismo, ha, come si è detto, la più solida base scientifica e deve, a mio avviso, essere generalizzato, anche per uniformare i dati statistici.

Esso è infatti del più grande interesse pratico: sia perchè fornisce ai chirurghi indicazioni cliniche ed operatorie preziose, sia perchè (richiamo quanto dicevo al principio di questa breve nota) riportando i cancri a tipi di riferimento, offre un mezzo di valutazione dei vari trattamenti curativi del cancro cruenti e incruenti. E così questi non potranno essere svalutati nella vera efficacia, ma neppure erroneamente verrà attribuita ad essi un'attenuata evoluzione di tumori, che è insita invece nel tipo nettamente noto dei medesimi.

1° febbraio 1931.

SEMEIOTICA.

Sull'importanza diagnostica di alcuni segni cranici nell'infanzia e specialmente dell'ascoltazione della risonanza plessica trasmessa.

Sulla percussione cranica, argomento del quale si trova un cenno già nel 1593 in un trattato di Geronimo Mercuriale, vennero pubblicati lavori dal Betz (1853), dal Mac Ewen e recentemente da Fiore e da Koeppe (1919-23).

L'argomento non destò, in verità, grande interesse tra i clinici e tra gli studiosi in generale, ma B. Trambusti (*Rivista di Clinica Pediatrica*, gennaio 1931), ritenendo tale mezzo di indagine utile sopratutto nell'infanzia, ha creduto opportuno intraprendere ricerche sistematiche di percussione cranica in numerosi casi comprendenti principalmente malattie del sistema nervoso con partecipazione dell'encefalo e delle meningi, meningismi, iperidrosi cerebello spinale, sussidiate da ricerche di controllo su rachitici, mongolici, spasmofilici e normali.

Dopo aver parlato brevemente della speciale tecnica della percussione, delle sedi di percussione cranica, secondo Betz, e dei loro caratteri di risonanza, l'A. si diffonde sul metodo di Fiore, da lui seguìto, e sul segno di Mac Ewen (rapporto tra altezza del suono plessico e pressione endocranica).

Le osservazioni dell'A. si riferiscono a 253 casi, e studiata anche su di essi fu la trasmissione acustica dei suoni prodotti con la percussione, alla quale gli altri autori diedero in generale scarsa importanza.

L'A., dall'osservazione dei suoi casi, dichiara che i segni cranici degni di maggior considerazione pratica sono il timpanismo cranico, l'ascoltazione della trasmissione del suono plessico, il segno palpatorio del Fiore, ed è convinto che la loro ricerca non dovrebbe mai essere trascurata volendo convalidare una diagnosi che presupponga aumento e variazione della pressione endocranica del liquido cerebro spinale. Naturalmente il giusto apprezzamento di differenze minime nei reperti non è possibile che dopo un assiduo esercizio personale. C. NERVI.

CASISTICA E TERAPIA.

Sulla cutis marmorata e il suo significato fisio-patologico, sopratutto in rapporto alla formazione di esantemi.

Su questo argomento porta un nuovo contributo R. Meyer-List (*Dtsch. Arch. Klin. Mediz.*, Bd. 164, 1929), della scuola di Tubinga, cui tanto dobbiamo per la conoscenza dei capillari.

Il caratteristico quadro maculato della cutis marmorata compare perchè sulla cute si allineano zone (pallide) di ischemia da angiospasmo capillare e zone (violacee) in cui i capillari presentano la sindrome spastico-aortica. con dilatazione della convessità e spasmo delle branche afferente ed efferente. Tale diverso comportamento dei capillari è in rapporto alla presenza o meno dei così detti « punti del freddo » nelle parti interne della cute.

Là dove la convessità dell'ansa capillare è dilatata si formano delle dilatazioni aneurismatiche, là la cute, accumula, a difesa di queste « lesioni » del vaso, il pigmento, e così possono sorgere le forme di esantema a chiazze.

L'A. infine ritiene che anche nell'intimo degli organi interni debba verificarsi un analogo comportamento dei capillari.

V. SERRA.

La dermatomiosite.

Nel riferire un caso di dermatomiosite, F. Steinfeld (*Deut. med. Wochens.*, 1930, n. 23), ne descrive le caratteristiche principali.

La malattia incomincia generalmente in modo acuto e, specialmente nei bambini, si insedia su qualche infezione preesistente (angina, difterite, scarlattina, pertosse).

Se ne distinguono tre forme cliniche: 1) la vera dermatomiosite, con edema cutaneo, esantema, sintomi muscolari (dolori, difficoltà di movimento, in seguito atrofia); 2) forma emorragico-settica; 3) forma leggera, con esantema nodoso multiforme.

Si può avere partecipazione delle mucose (dermato-muco-miosite) e dei nervi periferici (neuromiosite). Talvolta, la malattia si combina con sclerodermia, morbo di Addison, atrofia muscolare, ecc. da cui la distinzione è assai difficile.

La diagnosi differenziale va fatta specialmente con la trichinosi e vi si arriva talvolta soltanto con l'escissione di un frammento di muscolo e l'esame microscopico (nella trichinosi si trovano le trichine, nella dermatomiosite dei fenomeni di polimiosite infiammatoria, senza parassiti).

Difficile è la diagnosi con la sclerodermia, con la quale vi sono molte forme di passaggio.

La prognosi non è sempre favorevole; nell'età infantile è migliore che in quella adulta. In alcuni casi, vi è *restitutio ad integrum*, in molti altri si arriva ad uno stato stazionario con atrofia muscolare. Le forme universali hanno prognosi più sfavorevole che quelle localizzate. L'esito letale si ha, per lo più, in conseguenza di polmonite.

L'eziologia è incerta, la terapia sintomatica.

fil.

Le malattie del metabolismo nell'eziologia e la patogenesi dell'eczema.

Le alterazioni del metabolismo degli idrati di carbonio e dei grassi possono provocare degli eczemi cronici che migliorano o guariscono ricorrendo ad un regime adatto o all'uso dell'insulina.

Tra i dismetabolismi vanno ricordate le due

speciali forme descritte da P. Escudero (*Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*, novembre 1930) col nome di diabete occulto e di diabete latente. Il primo è caratterizzato da un'iperglicemia costante senza glicosuria nè acidosi, il secondo si manifesta clinicamente con sintomi che l'A. chiama para-specifici per il diabete (prurito, edemi, foruncoli) e biologicamente con un dismetabolismo accoppiato dei grassi e degli zuccheri, considerevole iperlipemia associata a una leggera perturbazione del metabolismo degli idrati di carbonio.

Diabete occulto e diabete latente possono essere causa di eczemi cronici che non cedono che a un regime appropriato. MONACELLI.

L'acidoterapia nell'eczema infantile.

Scheer (*Frankfürt a. M. aerztlicher Ver.* e *Deut. med. Wochens.*, 1930, n. 23) riferisce i buoni risultati ottenuti da due anni con l'acidoterapia, in forma di latte all'acido cloridrico. In 90 casi di eczema infantile (fra cui 20 poppanti), le determinazioni della riserva alcalina col metodo di van Slyke e del pH sanguigno mediante l'elettrodo di chinina, hanno dimostrato all'A. che si ha sempre una spiccata alcalosi, che va messa in rapporto con la malattia. Essa può correggersi con la terapia per mezzo di un acido che, come il cloridrico, non è bruciato nell'organismo. Anche l'iperirritabilità della cute da parte di diverse sostanze (tintura d'arnica, formalina, leucoplasto) può essere combattuta mediante l'acidoterapia.

L'acidoterapia agisce sopratutto nell'eczema intertriginoso e nel seborroico, nella psoriasi, nell'eritrodermia che colpiscono i poppanti, ma anche nelle forme essudative dei più grandicelli.

La preparazione del latte acido si fa aggiungendo al latte bollito tanto acido cloridrico (a gocce) da raggiungere un pH di 4,5. Il latte così preparato è coagulato, ha un odore acidetto gradito e viene preso volentieri. La dose da somministrarsi è di 200-500 cmc. al giorno.

La durata della cura è di 4-6 settimane.

fil.

La cura dietetica delle malattie della pelle.

Engelhardt e Weber (*Med. Klinik*, n. 37, 1930) rilevano che le principali malattie cutanee in cui è stata proposta una speciale terapia dietetica sono: l'eczema e l'acne, l'orticaria, il prurito e la psoriasi. Nell'acne alcuni consigliano di astenersi dai dolciumi, dal caffè, dal thé, dall'alcool. Altri sconsigliano idrati di carbonio e grassi.

Nell'orticaria si consiglia una dieta povera di sale, una limitazione di carne, uova e latte, e la somministrazione di calcio.

Altri proibiscono le leguminose. Attribuendo alcuni Autori l'orticaria ad un'acidosi relativa, essi consigliano di somministrare bicarbonato di sodio e fosfato di calcio. Nella psoriasi è utile astenersi completamente dalla carne. Negli eczemi si raccomanda una dieta povera di sale, una limitazione della carne, ed una astensione completa di alcool, di caffè e di thé, altri proibiscono dolciumi e cereali, altri la cioccolatta.

Altri AA. ancora raccomandano nella cura degli eczemi cronici ostinati una alimentazione con cibi crudi. R. POLLITZER.

Il trattamento delle malattie della pelle con raggi limite.

Quanto Bucky sosteneva quando introdusse in terapia l'uso dei raggi limite — *Grenzstrahlen* —, vale a dire di quei raggi che per lunghezza d'onda stanno tra i Roentgen e gli ultravioletti, e che cioè detti raggi venissero assorbiti interamente dall'epidermide, senza raggiungere il derma, è stato dimostrato non vero. Effettivamente, trattandosi di raggi estremamente molli, prodotti cioè da tubi alimentati con tensioni ridottissime, 8-10 KV, l'assorbimento da parte dell'epidermide è notevolissimo, ma una certa quantità di irradiazioni raggiunge sempre il derma, e chi scrive ha potuto dimostrare che lesioni a tipo permanente della pelle, quali si ottengono con un sopradosaggio di raggi Roentgen — atrofie, telangectasie, ecc. — lesioni dovute ad alterazioni dermiche, possono aversi anche con dosi adeguate di raggi limite.

Riassumendo gli effetti ottenuti con i raggi limite nella Clinica dermatologica di Berlino, Blumenthal e Boehmer (*Deut. med. Woch.*, 1931, n. 10) vengono anch'essi alla conclusione che la loro azione biologica e terapeutica non si differenzia essenzialmente da quella dei raggi Roentgen, con lo svantaggio in confronto di questi di non poter influenzare che in maniera molto ridotta quelle dermatosi in cui le lesioni anatomiche hanno una sede piuttosto profonda. Questo fatto viene naturalmente a costituire invece un vantaggio quando si voglia, irradiando, risparmiare per quanto è possibile le parti profonde della cute e gli annessi cutanei: follicoli piliferi, ecc.

D'altra parte i raggi limite permettono di irradiare grandi superfici cutanee senza gli effetti accessori spiacevoli — male da raggi — che si avrebbero facendo uso dei raggi Roentgen.

Per quanto riguarda l'azione indiretta a distanza delle irradiazioni limite gli Autori non hanno ottenuto successi degni di nota nelle dermatosi, nulla almeno che superasse quanto si può ottenere con le irradiazioni ultraviolette. MONACELLI.

Canizie ed alopecia da ipertiroidismo. Guarigione con radioterapia della tiroide.

I rapporti fra tiroide e sistema pilifero, già sperimentalmente dimostrati negli animali (Sainton è riuscito ad ottenere alopecia nei conigli con l'ipertiroidizzazione intensiva di questi animali) trovano una conferma nell'os-

servazione clinica di Sézary e P. Lefèvre (*Bull. de la Soc. méd. des Hôpitaux*, 1930 n. 30). Gli AA. in un uomo di 38 anni videro comparire un'alopecia diffusa incompleta seguita da una canizie completa dei capelli e della barba, fenomeni che si accompagnarono a tremori, tachicardia, esoftalmo ed eccitabilità nervosa. Metabolismo basale 52,3. La radioterapia con dosi medie fortemente filtrate praticata su la regione della tiroide si dimostrò rapidamente efficace, migliorando lo stato generale e provocando la rinascita dei capelli che ripresero la loro pigmentazione abituale.

Monacelli.

Il trattamento della scabbia col metodo danese.

Viene riportato da Cannon (*British medical Journ.*, 1930, n. 3603).

1) Si scioglie, a parte, un kg. di solfo sublimato in 1 kg. di soluzione di potassa al 50 %.

2) Si mescolano, senza scaldare, 225 g. di vaselina con altrettanti di lanolina anidra.

3) Si aggiungono g. 375 della soluzione 1) alla 2).

4) Si prepara dell'ossido di zinco, mescolando g. 28 di solfato di zinco con 40 g. di soluzione di soda al 20 % e lo si aggiunge al linimento 3).

5) Si aggiunge poi dell'olio di vaselina per fare 1 kg.

6) Per mascherare l'odore dell'idrogeno solforato, si aggiungono 5 g. di benzaldeide.

Il principio attivo è dovuto al solfuro di potassio.

Il trattamento si fa in sei tempi.

1) Bagno generale di pulizia.

2) Asciugamento accurato del corpo.

3) Ricoprire tutto il corpo (ad eccezione della testa) col linimento frizionando leggermente (farsi aiutare per la schiena).

4) Lasciare così per 20 minuti, in modo da permettere la penetrazione del medicamento.

5) Il paziente si mette poi a letto.

6) Dopo 24 ore dall'applicazione del linimento, il paziente prende un altro bagno, si riveste e può considerarsi guarito. La disinfestazione dei vestiti è utile, ma non necessaria.

Il trattamento così seguìto da 17 anni ha dato sempre buoni risultati; il paziente, dopo un'ora, non ha più prurito e viene guarito in un giorno. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. T. S. da B.:

Oltre al corso della Scuola Superiore di Malariologia, Sezione Medica, il quale si terrà dal 1° luglio al 30 settembre (cfr. il fasc. 7 della Sez. Prat.), è annunziato un corso presso la R. Università di Padova, dall'11 maggio al 10 giugno, col concorso dell'Istituto autonomo per la lotta antimalarica nelle Venezie, sotto la direzione del prof. O. Casagrandi; tassa L. 300,50.

A. P.

Al dott. G. V. da N., abb. n. 4339-12:

Suggeriamo:

Jornal dos Clinicos, rua Buenos Aires 176, Rio de Janeiro; 30$000;

Brasil-Medico, rua Republica do Perú 83, Rio de Janeiro; 34$000;

A Folha Medica, rua Buenos Aires 68, Rio de Janeiro; 20$000. A. P.

VARIA.

La ragione fisica della vita.

I fenomeni della vita non si possono spiegare con espressioni prese dalla fisica e dalla chimica, ma non si può escludere che in avvenire questo si potrà fare. L'organismo, considerato nel suo insieme, rappresenta un fenomeno di natura ben differente da quella fisica o chimica. Però della fisica la biologia moderna non può nè deve fare a meno e se ne devono occupare non fisici improvvisati ma provetti.

Nessun fisico però, secondo Hill (*The Journal of the Americ. Med. Assoc.*, 8 nov. 1930) può, nonostante i suoi apparecchi, la teoria dei quanti e la relatività, dire che ci si comporta nella vita sociale secondo le proprietà delle proteine e degli elettroni. Ma abbiamo il dovere di investigare con tutti i mezzi che il progresso della fisica ci ha dato i fenomeni fisici che l'organismo presenta.

Le qualità del rame, del ferro, del carbone, della gomma non hanno nulla di biologico, ma certo il complesso formato da queste sostanze in un motore elettrico non ha nulla a che fare colle proprietà fisiche di queste sostanze nel senso che non basta conoscere solo queste proprietà per costruire il motore, ma certamente senza conoscerle il motore non si costruisce.

I problemi fisiologici sono molto complessi e la conoscenza della fisica può aiutarci a studiarli. Con questo scopo fu creata la « Johnson Foundation for Medical Physics ».

Un esempio dell'importanza della fisica in biologia ci è dato dalle ricerche di Einthoven che sarebbero rimaste di scarsa importanza nella biologia se Lewis non le avesse applicate alla cardiologia. Bisogna anche ricordare quanto la fisica del radium e dei raggi X sia stata utile in clinica.

Il fatto che il tuorlo d'uovo rimane sospeso nel bianco non ha nulla di misterioso da quando la fisica ha potuto indicarci che la pressione osmotica del tuorlo è di 1/3 superiore a quella del bianco.

Altri esempi ci può fornire la fisiologia di questi ultimi anni. E anche se si scoprono i fenomeni fisici o chimici che regolano la vita, questa non rimane meno bella nè meno misteriosa; è come l'uso di una carta geografica o topografica che nulla toglie alla bellezza dei luoghi che si visitano. R. Lusena.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XIII. - Concorso - Revisione del giudizio della Commissione - Illegalità.

Si trattava di un concorso per titoli ed esami. La Commissione espresse il suo giudizio e formò la graduatoria. Due concorrenti furono graduati a parità di merito. Ma l'amministrazione (Istituti Ospitalieri di Milano) restituì gli atti alla Commissione, invitandola a rivalutare i titoli perchè, diceva, era assurdo ammettere, sulla base di una prova di esame e della valutazione dei titoli, una condizione di perfetta ed assoluta parità. La Commissione aderì a questo invito: disse che non modificava il suo giudizio relativamente agli esami e ai titoli valutati, ma, considerando i titoli di pratica professionale e la prova fatta da uno dei due concorrenti graduati *ex aequo*, poteva assegnare a questi il primo posto e all'altro il secondo.

Il Consiglio di Stato, Sezione V, con decisione 17 gennaio 1931, ric. Filomarino, ha annullato la deliberazione di nomina del primo graduato e il secondo verbale della Commissione, dichiarando che deve rimaner ferma la prima graduatoria e sulla base di essa la amministrazione ospedaliera deve provvedere alla nomina.

« L'asserire — dice la decisione — che nella revisione effettuata nell'adunanza del 25 novembre, la Commissione non sia caduta in un bis in idem, avendo valutato i titoli di servizio sotto un diverso profilo, è soltanto argomento di difesa, senza sostanziale attendibilità. L'espressione del secondo giudizio che la Commissione giudicatrice fu invitata a rendere, manifesta il disagio in cui essa si trovò e lo sforzo subìto per poter dare alla richiesta l'esito desiderato, di togliere cioè la parificazione dei primi due designati ».

Non era poi assurda la ipotesi della parità di merito, tanto vero che è perfino prevista dalla legge agli effetti delle preferenze. L'amm.ne ospedaliera illegittimamente rinviò gli atti alla Commissione; questa non avrebbe dovuto rivedere il suo giudizio, avendo già compiuto il suo ufficio. È vero che l'autorità che deve provvedere alla nomina non è assolutamente vincolata a deliberare sulla base della graduatoria ed ha un potere di controllo; ma soltanto dal punto di vista della legittimità. L'autorità che deve concludere il procedimento, provvedendo alla nomina, non è costretta certamente a decidere sulla base di una graduatoria illegittima; se, per es., il procedimento della Commissione è illegale, l'autorità deliberante ha il potere e il dovere di rilevare i vizi e rinviare gli atti alla Commissione perchè rinnovi il procedimento, secondo le norme che lo disciplinano. Ma non può sindacare *il giudizio* della Commissione.

XIV. - Successione fra enti - Condizione giuridica degli impiegati - Licenziamento - Ricorso.

Un Comune fu aggregato ad un altro. Il Podestà del Comune aggregante licenziò uno degli impiegati del Comune soppresso. L'interessato ricorse alla G. P. A.

Il Comune ritenne che questa fosse incompetente. La V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 29 novembre 1930 n. 706, ha respinto la eccezione del Comune.

La quistione si presentava così: si tratta di licenziamento o di mancata assunzione nell'organico del Comune successore? Ha osservato il Consiglio di Stato che la risoluzione è identica nell'uno e nell'altro caso. Criterio giuridicamente corretto e notevole anche perchè è stato riaffermato il rapporto di successione nei casi di fusione, aggregazione ecc. « Invero, quando si discute del passaggio degli impiegati del Comune soppresso nei ruoli del Comune aggregante, ciò non implica che sia cessato il vecchio rapporto di impiego e che si debba dar vita ad nuovo rapporto. È principio generale che l'impiegato inquadrato nell'organico del nuovo ente porti seco la sua posizione acquisita; e da ciò si desume che si tratti dello svolgimento del rapporto di impiego coesistente, il quale seguiti ad aver vita e vigore benchè l'ente pubblico verso cui esso intercede abbia subìto una trasformazione. Ora, per quanto non possano trasportarsi nel campo del diritto pubblico tutti i princìpi della successione del diritto privato, è pur certo che il Comune successore riassume la personalità giuridica del Comune soppresso. Quindi, rispetto agli impiegati mantenuti nel nuovo organico, non si scorge una sostanziale alterazione del rapporto d'impiego.

Una riprova del principio sin qui sostenuto si ha nel fatto che l'aggregazione di un Comune ad un altro non fa venir meno *ipso iure* il rapporto di impiego degli impiegati del primo; ma occorre, o produrre tale effetto, una apposita deliberazione della nuova amministrazione ».

Questo criterio direttivo, così chiaramente esposto, si può considerare ormai stabilito.

Era prima controverso e in qualche caso si accennò quasi ad una novazione soggettiva, con effetti estintivi del rapporto d'impiego. Tale quistione è stata altre volte ampiamente trattata in questa rubrica. Noi abbiamo sempre sostenuto il criterio della successione, ora accolto costantemente. Il Consiglio di Stato, però, non lo applica nei casi di costituzione o scioglimento di consorzi.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

Il valore sociale di una Esposizione di igiene.

A traverso l'Esposizione Internazionale di Dresda.

Ogni esposizione per avere un durevole potere educativo sulla massa del pubblico, ha bisogno di mezzi dimostrativi ed impressionistici eccezionali che si imprimano durevolmente nelle memorie meno malleabili. L'Esposizione di Dresda, chiusa da poco, ha offerto al mondo un mirabile esempio di questo metodo propagandistico e volgarizzatore.

Bene hanno compreso gli organizzatori che le didascalie e le illustrazioni verbali hanno uno scarso potere di attrazione sul visitatore, che si smarrisce facilmente tra numeri e parole.

Il felice connubio attuato in questa occasione fra la scienza e l'arte figurativa ricca di colore e di vita, ha portato al massimo rendimento lo scopo della volgarizzazione scientifica. La chiarezza, la comprensibilità, lo svolgimento per così dire profano dei vari problemi igienici non è andato a discapito delle verità scientifiche, chè anzi quelle nuove forme illustrative sono apparse dinanzi agli occhi del pubblico medico in una veste di attraente semplicità.

Il cardine centrale intorno a cui si sono raggruppati tutti i vari problemi era costituito dall'Uomo nella sua vita fisica e psichica; dalla vita umana in rapporto alle forze dell'universo; dalla conservazione della forza umana come la più importante fonte di energia. È la conservazione di questa energia che si propone l'Igiene, attraverso la perfetta armonia degli organi e delle funzioni, cioè attraverso la Sanità nel suo più vasto senso.

La massima ispiratrice di tutta la vasta opera può ben riassumersi nel motto: vivere secondo natura. In questa massima è il segreto della felicità umana. Ma se l'uomo si è sempre più allontanato da quella antica sapienza, non è forse impossibile oggi, anche nei gradi più elevati della coltura, ricondurci alla Natura, come dice Schiller, sulla via della Ragione e della Libertà.

Il rapido cammino compiuto dalla scienza ha condotto l'igiene dalla teoria all'applicazione alla vita pubblica ed alla sua volgarizzazione e lo stesso Pettenkofer, riconosciuta la grande utilità della educazione scientifica del popolo, inaugurò le prime scuole popolari di Igiene. Accanto a Pettenkofer la Germania riconosce a Karl August Lingner, l'ideatore della prima esposizione e del primo museo d'igiene tedesco, il più grande merito didattico, in quanto seppe aggiungere alle dimostrazioni verbali sempre poco efficaci per il pubblico, una grande varietà di mezzi pedagogici ed artistici, di dimostrazioni plastiche ed illustrate, di rappresentazioni sceniche e cinematografiche, ed in tal modo riuscì ad appassionare il pubblico ai problemi dell'igiene. Ma nessun mezzo poteva uguagliare in efficacia ed utilità una vera e grande esposizione d'igiene. Sorse così nella stessa Dresda la prima esposizione d'igiene nel 1911 i cui larghi frutti provati dal perfezionamento e dalla educazione igienica del popolo tedesco negli ultimi anni, incoraggiarono lo sforzo per l'organizzazione della nuova grande esposizione odierna e l'inaugurazione del museo tedesco permanente d'igiene nella stessa cerchia dell'esposizione.

Il museo che può dirsi il grande testo scientifico dove sono svolte le basi delle varie discipline mediche connesse all'igiene, trova il suo completamento, il suo commentario, la sua applicazione nei padiglioni che, necessariamente avendo valore d'attualità, potranno segnare per l'avvenire nelle esposizioni venture il grado di sviluppo della civiltà moderna medico-igienica.

Il visitatore nota immediatamente che l'igiene è intesa e sviluppata sopratutto come economia della forza umana. Il raggiungimento delle condizioni ottimali di vita non produce spesso il massimo rendimento dell'umana energia. Con l'incremento del benessere individuale aumentano certamente il consumo e le spese, ma la sanità, la resistenza e la volontà al lavoro non camminano di pari passo perchè il diritto alla soddisfazione delle esigenze dettato dall'igiene, sconfina molto spesso verso il desiderio delle comodità e del lusso che non sono i coefficienti di un valido lavoro. Nel momento attuale di crisi economica così vasta è dunque preziosa la conoscenza e l'adozione di un metodo di vita che si proponga di ottenere la massima efficienza della energia umana col minimo di spesa. Non c'è chi non veda quale stretta correlazione esista tra economia ed igiene e tra sanità e rendimento individuale e collettivo; la malattia, oltre al significato proprio di danno personale va considerata nei suoi rapporti sociali come danno dell'economia comune e la perdita del lavoro prodotta dalla malattia, dalla morte prematura: il gravame che ogni giornata perduta ed ogni vita stroncata porta ai vari organismi assicurativi si ripercuote infallibilmente sull'economia generale delle nazioni. All'economia si riconnette poi tutto il complesso dei problemi demografici. La Germania che con la sua perdita di territorio, capitale e lavoro aveva visto diminuire di più del 50 % la sua capacità di ricchezza e con la scomparsa di vite umane nell'età del massimo rendimento aveva assi-

stito ad un grave regresso delle nascite, mostra contemporaneamente all'inizio del suo risveglio un aumento della durata della vita e un abbassamento della mortalità: la chiara statistica tedesca infatti rivela che la durata produttiva dell'uomo (considerata da 15 fino a 65 anni) ascende in media a 43,8 anni che corrisponde ad un aumento medio di anni 2,3 dal 1920. Considerandolo però dal punto di vista economico, il prolungamento della durata della vita porterebbe con sè un aumento del numero dei vecchi e quindi un prolungamento del tempo di godimento delle pensioni per l'inabilità e la vecchiaia. Sembrerebbe così che tutte le conquiste della scienza per l'allontanamento della morte si dovessero risolvere in un danno economico per la società.

Il vero scopo dell'igiene però è quello di conservare l'individuo il più lungamente possibile giovane, giovane nel senso di fresca energia, di elasticità di muscoli, di vivacità d'intelligenza; giovane nel senso della gioia del lavoro e della capacità d'iniziativa fino all'età più tarda.

Col progresso dell'incivilimento e della coltura, con la industrializzazione dei mezzi del lavoro, con la tecnicizzazione dei sistemi di attività lavorativa, l'uomo moderno va incontro ad un genere di vita sempre più artificiale e contrario alle leggi naturali. La massima parte delle attività moderne si compiono nell'ambito di quattro pareti in un ambiente mal ventilato e dall'atmosfera spesso carica di prodotti tossici e molto spesso sotto luce artificiale, mentre d'altra parte la necessità dei trasporti, l'esigenza dei mercati e dell'energia motrice che fanno sorgere i grandi stabilimenti vicino le grandi città, concentrano in queste sempre maggiori masse di uomini che subiscono così i danni dell'agglomeramento. Anche la varia multiforme attività muscolare e l'impiego individuale dell'intelligenza vengono sempre più assorbite dal lavoro normalizzatore della macchina, e dalla ultraspecializzazione. Questo sistema che crea con la tipizzazione di alcuni particolari movimenti una funzione ritmica e monotona, risparmia è vero sforzi dannosi al lavoratore, ma lo priva del vantaggio di un lavoro d'iniziativa e di una preziosa ginnastica mentale e fisica.

L'esposizione nella sua sezione dell'igiene dell'industria, sezione veramente mirabile per perfezione di mezzi dimostrativi, sviluppa e risolve in modo completo tutti i problemi che riguardano il lavoratore, dall'architettura e topografia degli stabilimenti ai posti di lavoro; dalla razionalizzazione fisiologica dei movimenti alla psicologia del lavoro; dalla difesa contro le polveri ed i veleni industriali a quella contro gl'infortuni ecc.

Questo studio così vasto e completo, posto in forma comprensibile ai profani doveva essere di grande utilità agli industriali che occupati nei loro problemi finanziari e commerciali non hanno compreso il giusto valore del capitale uomo. Questo capitale colossale, costituito da milioni di individui, creatore esso stesso dei mezzi del lavoro e della fonte della ricchezza, ha bisogno di cure vigili come le macchine più delicate che vanno dalla scelta dell'ambiente, allo studio del tempo del lavoro; dalla distribuzione razionale delle forze alla loro applicazione alle macchine fino al complesso delle prevenzioni contro i danni psichici e fisici nelle diverse branche dell'attività industriale.

Se si pensa che quasi la metà della popolazione può considerarsi direttamente ed indirettamente in attività nei vari campi industriali, che questa grande popolazione di lavoratori assorbe una grande quantità di tributi attraverso le Casse e le Assicurazioni, appare chiaramente quale importanza abbia lo stato sanitario dei lavoratori per l'economia nazionale: veramente oggi è più che mai vero che la salute è la forza economica di un popolo.

Una bella e generosa battaglia ha combattuto l'odierna esposizione a favore della vita e dei diritti della donna in base allo studio dei suoi còmpiti ideali e pratici. Le qualità originarie più preziose della psiche femminile, l'istinto della cura e della misura (Instinkt der Pflege und des Masses) che potrebbe tradursi come istinto dell'ordine e dell'amore, non si possono sviluppare nel sistema economico nella vita moderna che livella pericolosamente i bisogni e le esigenze dei due sessi e lentamente anche la psiche e crea delle madri menomate nella loro resistenza fisiologica, fuorviate dalla casa ed insensibili all'antica poesia del focolare domestico.

Il consiglio dell'igienista, che non trascura le vitali questioni del matrimonio, dell'eugenica e delle relazioni dei due sessi, principio e fine di ogni morale, mostra alla donna il suo tipo di vita ideale conciliando l'attività domestica all'attività, per così dire pubblica, ed indicando alla madre ed alla società i mezzi migliori di protezione delle piccole vite, conscio che nel lattante germoglia già il destino dell'uomo futuro. Ed ecco l'igiene scolastica, ecco la collaborazione fra il medico ed il pedagogista che assicura al bambino con gli elementi dell'istruzione anche il godimento dell'aria, della luce, dell'attività del corpo. Questa attività assume una grande importanza nella età ulteriore della adolescenza e della giovinezza e della maturità. Non c'è bellezza e forza senza un armonico esercizio che rappresenta lo stimolo più valido all'accrescimento, allo sviluppo alla formazione dell'individuo perfetto, nel pieno godimento del suo equilibrio fisico e psichico.

Le conoscenze della fisiologia applicata ai diversi esercizi corporei hanno portato all'ado-

zione della ginnastica razionalizzata cioè all'impiego metodico dei movimenti naturali che corrispondono perfettamente alle leggi dello sviluppo e della funzione dei muscoli.

In questo campo dell'educazione fisica che la Germania riconosce come il più importante per creare gli ottimi difensori del suolo patrio, i sistemi ed i mezzi di propaganda hanno raggiunto il massimo di diffusione e di efficacia. La stampa, la scena, il film, la radio, non si stancano di esaltare l'acqua come la grande purificatrice del corpo e dello spirito e come la equilibratrice vera delle facoltà vitali dell'uomo, l'aria e la luce come immense sorgenti di eccitamenti vitali; di spingere gli uomini fuori delle loro case a godere la loro libertà sui monti, nelle campagne e sulla riva del mare, e di combattere la passione od il bisogno che spinge ogni giorno di più i lavoratori ad ammassarsi nelle grandi metropoli aumentando la miseria, la delinquenza e la mortalità.

San Severino Marche, novembre 1930.

Dott. AGENORE VALENTINI.

Al momento d'inviare i fogli di questo articolo al nostro periodico, leggo in *Federazione Medica* che il maggiore medico dott. Giovanni Perilli ha lanciato l'idea per la fondazione di un Museo permanente di Igiene a Roma sul tipo di quello di Dresda.

Questa proposta va seguita ed appoggiata con fervore, ed io oserei ampliare questa idea, per seguire ancor più l'esempio della Germania, cioè che il Museo debba essere il sunto di una esposizione che sola potrà avere un vasto e profondo potere di propaganda.

A. V.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI.

I prigionieri di guerra e la Croce Rossa.

È stata recentemente stipulata a Ginevra una nuova convenzione che riguarda la Croce Rossa e il trattamento dei prigionieri nel caso di una guerra. La Croce Rossa dovrà provvedere a identificare i morti e i feriti di tutte le nazionalità e dovrà, inoltre, compilare le liste dei morti con l'indicazione del luogo della sepoltura.

Al termine delle ostilità, le potenze dovranno scambiarsi questi elenchi.

Gli aeroplani saranno largamente usati come mezzi di trasporto; essi però non potranno volare sulle linee di combattimento. Dovranno essere verniciati di bianco e porteranno l'emblema della Convenzione unitamente allo stemma nazionale. Saranno inoltre riconosciute come appartenenti alla Croce Rossa anche le nazioni che portano un altro emblema, come il Sole rosso e il Leone su fondo bianco. I corpi sanitari saranno chiaramente contrassegnati in maniera da evitare le controversie avvenute durante l'ultima guerra.

Anche per quanto concerne i prigionieri di guerra, sono state introdotte importanti riforme. Essi devono essere sollecitamente allontanati dalla zona delle operazioni. Sarà proibito portarli in luoghi di cattivo clima o ocmunque malsani. Il loro vitto dev'essere uguale a quello dei soldati dello Stato che li tiene prigionieri.

I soli soldati, non gli ufficiali, potranno venire adibiti a lavori manuali, purchè non abbiano riferimento alle operazioni di guerra.

I prigionieri avranno diritto di far presente alle autorità militari le loro lagnanze circa il trattamento che ricevono. Saranno proibite le punizioni corporali, la prigionia in celle senza aria e senza luce e le punizioni collettive per atti individuali.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AGRIGENTO. *Amministr. Prov.* — Scad. 8 mag.; Medico di sezione e due medici assistenti nell'Ospedale Psichiatr. Prov.; stip. rispettiv. lire 13.000 e L. 11.000 con aumenti quadriennali di L. 1000 e di L. 800, ridotti del 12 %; vitto ecc.

ALBINO (*Bergamo*). — Col 30 aprile p. v. scade concorso, bandito 13 gennaio p. p., 3ª Condotta medica di questo Comune comprendente territorio ex Comune di Vall'Alta e frazioni Oltreserio. Stipendio residenziale L. 8000. Cinque quinquenni, mezzi di trasporto L. 500, spesa ambulatorio lire 500, salvo ritenute e riduzione 12 %. Documenti di rito. Per schiarimenti rivolgersi Segreteria Comunale.

ALESSANDRIA. — Scad. 2 mag.; L. 8000 e 4 quinquenni dec.; riduzione di legge.

BENETUTTI (*Sassari*). — Scad. 25 apr.; L. 9500 e c.-v.; se uff. san. L. 800; riduz. 12 %; età lim. 40 a.

BRIOSCO (*Milano*). — Scad. 20 apr.; L. 10.500 e indennità; eventuale direz. Ospedale con alloggio.

CASTELCIVITA (*Salerno*). — Seconda condotta. Stipendio annuo L. 7000 con riduzione disposta R. D. Legge 20-11-930 N. 1491, al lordo di riten. di R. M. e contributi Cassa Previd. ed I. N. I. E. L., aumentabile di un decimo ogni quadriennio e per cinque quadrienni. Indennità cavalcatura lire 1000. Età massima anni 45, salvo diritti del personale in carica presso altri comuni nonchè dei mutilati e combattenti. Tassa L. 50,10. Documenti di rito. Scadenza 30 aprile. Per altri chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale.

CASTIGLIONE IN TEVERINA (*Viterbo*). — Scad. 4 mag.; per Sermugnano; L. 10.000, da ridurre del 12 %; c.-v.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

CAVALLIRIO (*Novara*). — Per titoli. Stipendio annuo lordo L. 7040. Indennità per bicicletta lire 440; di ambulatorio L. 132 (il tutto già depurato del 12 % di cui il R. D. L. 20-11-1930, N. 1491). Caro viveri, se dovuto, come per legge e fino a conservazione. Aumento del ventesimo ogni biennio per 10 volte. Età massima anni 35, salvo eccezioni di legge. Scadenza 21 giugno. Assunzione in servizio 15 giorni dopo la partecipazione di nomina all'interessato, salvo pena di decadenza. Documenti di rito. Chiarimenti alla Segreteria Comunale.

FERRIERE (*Piacenza*). — Prima condotta. Stipendio L. 11.000. Per cavalcatura L. 4200. Documenti di rito entro il 17 aprile. Per altri chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale.

ISOLA CAPO RIZZUTO (*Catanzaro*). — Scad. 18 apr.; L. 8000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 3000 cav.; riduz. 12 %; età lim. 45 a.; tassa L. 50.

MERATE (*Como*). — Scad. 15 mag.; 2ª cond.; lire 7656 e 4 quinquenni dec.; trasp. L. 616; tassa L. 50,10.

MONTALDO BORMIDA (*Alessandria*). — Scad. 20 apr.; L. 6160 e quinquenni, oltre L. 880 uff. san., L. 308 trasp., L. 308 supplenza.

NIBBIANO (*Piacenza*). — Prima condotta per Nibbiano (capoluogo). Stipendio L. 11.000; indennità trasporto L. 3000 annue, aumentate di L. 1200 con la riduzione del 12 %, più L. 600 annue se incaricato quale Ufficiale Sanitario. Documenti di rito entro il 20 aprile. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale.

NOVARA. *Amministrazione del Monte di Pietà.* — Per titoli. Medico Primario della Seconda Sezione Suburbana. Stipendio annuo L. 8000. Assegno L. 3500 per indennità trasporto. Le domande vanno presentate entro il 30 aprile alla Segreteria del Monte di Pietà, alla quale potranno essere richiesti altri chiarimenti.

NOVI DI MODENA (*Modena*). — Scad. 30 giu.; per Rovereto; L. 8000, con detraz. 12 %, aumentabili; c.-v.; per trasp. L. 2000; tassa L. 50,10.

POLA. *R. Prefettura.* — Per titoli ed esami. Ufficiale Sanitario del comune di Pola. Stipendio iniziale L. 14.000 annuali al lordo delle trattenute di legge e soggette alla riduzione del 12 %. Lo stipendio è suscettibile di tre aumenti quadriennali di L. 1000 ciascuno. Supplemento, per servizio attivo, lorde L. 3500 all'anno, più un'annua aggiunta personale di L. 12.000, entrambi non valutabili per la pensione e sottoposti alla riduzione del 12 %. Le domande in carta da bollo da L. 3, corredate dei prescritti documenti, l'elenco dei quali con le altre modalità possono rilevarsi dal bando di concorso da richiedersi all'Ufficio del Medico Provinciale, debbono pervenire all'Ufficio predetto, presso la R. Prefettura di Pola, non oltre il 31 maggio.

POVIGLIO (*Reggio Em.*). — A tutto 30 apr.; 2ª cond.; L. 7040 e 5 quadrienni dec., oltre L. 440-2640 trasp., c.-v., L. 440 ambulat.; addizion. lire 4,40 oltre i 1000 pov.; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 1° feb.

RAGUSA. *Amministrazione Provinciale.* — Direttore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e Profilassi. Stipendio L. 16.000, con due scatti quadriennali di L. 800 il primo e L. 1000 il secondo. Indennità servizio attivo L. 4200. Caroviveri di Legge. Gli stipendi e le indennità sono soggette alle ritenute del 12 % a norma del R. D. L. 20 novembre 1930. Scadenza 15 maggio 1931. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale.

SAN MASSIMO (*Campobasso*). — Per titoli. Stipendio annuo lordo L. 5434. Aumenti di L. 543,40 ogni cinque anni e per tre volte. Età minima anni 25, massima 40 salvo eccezioni di legge. Documenti d'uso, oltre il certificato di inscrizione nell'albo dell'Ordine dei Medici. Scadenza 1° giugno. Assunzione servizio entro venti giorni dalla partecipazione sotto pena di decadenza. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale.

SAN VITTORE OLONA (*Milano*). — Scad. 30 apr.; L. 8976 (da ridurre a termine di legge se il nominato sarà celibe) e 5 quadrienni dec., L. 352 bicicl., L. 616 se uff. san.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

VENEZIA. *Amministraz. dei Manicomi Centrali Veneti di S. Servolo e di S. Clemente.* — Medico di Sezione. Scadenza 27 giugno. (V. prec. N. 14).

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il Rettorato della Provincia di Milano ha nominato direttore dell'Ospedale Psichiatrico di Mombello, in esito a concorso, il prof. Luigi Lugiato, che dirigeva l'Ospedale Psichiatrico di Bergamo. Provvisto di ottima preparazione scientifica e di vasta coltura, conoscitore provetto della tecnica manicomiale, il Lugiato nella sua lunga carriera direttoriale, ha dato prova di esser degno di raccogliere il retaggio di Giuseppe Antonini, nel governo del maggiore Istituto manicomiale d'Italia.

La 6ª borsa di studio Wassermann per le dottoresse in medicina è stata quest'anno vinta dalla dott.a Giuseppina Jacono, allieva del prof. Luigi Ferrannini di Catania (la quale trascorrerà in quella Clinica Medica l'anno di perfezionamento).
Ce ne compiacciamo con l'insigne Maestro e con la valorosa allieva.

S. M. il Re d'Egitto ha concesso il titolo di *pascià* al dott. Aly Ibrahim, direttore della Clinica chirurgica e presidente della Facoltà medica di Cairo.

Il dott. Adolf Jarisch, professore di farmacologia a Düsseldorf, è stato chiamato a coprire la stessa cattedra a Innsbruck.

Corrigenda. — Nel fasc. scorso, p. 494, col. destra, 3° cap., l. 3ª, leggere: capelli scuri.

Per l'istituzione di un premio annuo presso la R. Università di Roma, da intitolarsi: "Fondazione Vittorio Ascoli"

Somma precedente come da N. 13	L.	11.475 —
Direttore Generale e Consulenza Medica Istituto Naz. Assicurazioni .	»	1.000 —
Agenzia Fratelli Fiocchi (Roma) . .	»	500 —
Prof. Quirino Di Marzio (Bologna).	»	300 —
Un gruppo di studenti VI Anno . .	»	277 —
Prof. Salvatore Marino (Roma) . .	»	250 —
Prof. Luigi Silvagni (Bologna) . . .	»	100 —
Prof. G. De Luca (Buenos Aires) . .	»	100 —
Conte Dott. G. Quirico (Roma) . .	»	100 —
Prof. Achille Angelini (Roma) . . .	»	100 —
Prof. Cesare Pezzi (Milano)	»	100 —
Prof. Michele Landolfi (Napoli) . .	»	50 —
Cap. Med. P. La Rocca (Padova) .	»	20 —
	L.	14.372 —

Le sottoscrizioni si ricevono presso la Clinica Medica al Policlinico Umberto I, Roma; ovvero presso il nostro periodico, via Sistina 14, Roma.

NOTIZIE DIVERSE.

27° Congresso Italiano di dermatologia e sifilografia.

Durante il prossimo autunno avrà luogo in Genova la XXVII riunione della Società Italiana di Dermatologia.

La Presidenza della Società ha fissato tre argomenti che formeranno oggetto di altrettante relazioni ufficiali annuali: 1° « Pemfigo e Pemfigoidi » (assegnato alla Clinica Dermosifilopatica di Genova); 2° « Le ultime vedute sulla terapia della infezione gonococcica »: *a*) Chemioterapia della infezione gonococcica (assegnato alla Clinica Dermosifilopatica di Bari); *b*) Terapia fisica della infezione gonococcica (assegnato alla Clinica Dermosifilopatica di Roma); 3° « Le Acrodermatosi in relazione con disturbi circolatori » (assegnato alla Clinica Dermosifilopatica di Messina).

La Presidenza avverte i soci che le comunicazioni libere dovranno riferirsi esclusivamente agli argomenti fissati per le tre relazioni ufficiali, mentre non verranno consentite comunicazioni su altri argomenti. Sarà in facoltà della Presidenza di derogare da questa norma solo per quelle comunicazioni che riflettono una questione di urgente e di particolare importanza e per la presentazione di casi clinici di eccezionale interesse.

I titoli delle comunicazioni libere dovranno essere comunicati alla Presidenza entro il 31 luglio.

È stata fissata la trattazione di un tema biennale di relazione, che sarà svolto nella riunione del 1932, dal titolo: « I nuovi aspetti della Fisiopatologia cutanea in rapporto coi nuovi dati delle ricerche morfologiche e fisiochimiche », che verrà suddiviso in vari capitoli da assegnarsi ad altrettante cliniche. Verrà data comunicazione ai soci prossimamente degli argomenti dei vari capitoli e dell'assegnazione di essi.

Per informazioni rivolgersi al segretario generale prof. Vincenzo Montesano, via Campo Marzio 69, Roma.

6° Congresso tedesco di psicoterapia.

Il 6° Congresso generale medico per la psicoterapia è indetto a Dresda dal 14 al 31 maggio, sotto la presidenza del prof. E. Kretschmer di Marburgo; ne saranno relatori: C. G. Jung di Küsmacht-Zurigo e G. R. Heyer di Monaco di Baviera.

3° Congresso ibero di urologia.

Le Associazioni Spagnola e Portoghese di Urologia terranno insieme il 3° Congresso ibero di urologia a Coimbra (Portogallo) dal 30 giugno al 4 luglio. Per informazioni rivolgersi al segretario Dr. Salvador Pascual, Génova 11, Madrid, Spagna.

1° Congresso argentino di assistenza sociale all'infanzia.

Dal 20 al 26 settembre, per iniziativa della Croce Bianca, sotto il patrocinio del Consiglio Nazionale delle Donne dell'Argentina, avrà luogo a Buenos Aires un Congresso nazionale di assistenza sociale all'infanzia. Sarà presieduto dal dott. Gregorio Aráoz Alfaro, presidente del « Departamento Nacional de Higiene ».

Conferenza internazionale per l'infanzia africana.

Si annunzia la prossima riunione a Ginevra di una Conferenza Internazionale per l'infanzia africana. Questa Conferenza è convocata dall'Unione internazionale di soccorso ai bambini, l'importante organizzazione umanitaria che ha lo scopo di venire in aiuto all'infanzia sofferente, senza distinzione di razza nè di confessione, e che conta associazioni titolari ed affiliate in 36 Paesi.

Per informazioni rivolgersi alla sede dell'Unione, boulevard de Vaugirard 26, Paris (XVe), Francia.

Lega spagnola contro il cancro.

È stata fondata con Decreto Reale, pubblicato nella « Gaceta » del 21 febbraio 1931, il quale ne approva lo statuto. È retta dalla Direzione Generale di Sanità; ha lo scopo di organizzare e gestire tutte le istituzioni create in Spagna per la lotta contro il cancro, come l'Istituto Principe delle Asturie; di fondare Laboratori, Istituti di ricerca e centri nosocomiali; di effettuare la propaganda; di indire congressi e partecipare a quelli stranieri, nell'ambito della lotta contro il cancro.

Coordinerà la sua azione con quella delle Università.

Corsi di perfezionamento in cardiologia.

Dal 27 maggio al 6 giugno avrà luogo nell'Ospedale Tenon di Parigi, sotto la direzione del prof. Camille Lian, un corso riguardante i disturbi del ritmo cardiaco. Tassa fr. 250. Seguirà una gita alla stazione idro-minerale di Royat; essa importa fr. 100. Per le iscrizioni rivolgersi alla Facoltà medica di Parigi, Salle Béclard (A. D. R. M.); oppure al Dr. Blondel, Hôpital Tenon.

Nel prossimo novembre avrà luogo un corso sulle grandi sindromi cardiache.

Conferenze.

Il prof. Gustavo Singer, medico primario degli Ospedali di Vienna, ha tenuto il 30 marzo, nella sede dell'Accademia Lancisiana di Roma, una conferenza intitolata « Sul mio metodo di trattamento del diabete con la proteinoterapia ». Vi assisteva un eletto pubblico.

Come ne abbiamo già dato notizia, il prof. Singer ha fondato a Vienna un centro curativo per i diabetici poveri.

* * *

Sotto il patronato del Consorzio antitubercolare per la provincia di Napoli, l'on. prof. Morelli ha tenuto in Napoli, alla presenza delle autorità cittadine, di numerosi sanitari e di un folto pubblico, una conferenza sulle realizzazioni del Governo nazionale fascista per la lotta contro la tubercolosi nel Mezzogiorno d'Italia. La conferenza è stata illustrata da proiezioni, riproducenti i Sanatori già costruiti, quelli in corso di costruzione e quelli allo stato di progetto nelle varie regioni d'Italia.

Per l'Università di Padova.

Ad iniziativa del Magnifico Rettore dell'Università di Padova, il 2 aprile ebbe luogo, nell'aula magna, una riunione patrocinata dal Prefetto, alla quale parteciparono, oltre i predetti, i senatori e deputati di Padova, il Preside della Provincia, i presidi delle Facoltà e i direttori delle scuole universitarie.

Scopo della riunione fu quello di prospettare al Governo nazionale i tangibili interessi del glo-

rioso Ateneo di Padova, che dovranno essere difesi contro qualsiasi progetto o proposito di lederne comunque la integrità.

È ovvio che ogni questione riguardante il glorioso ed antichissimo Studio padovano, da cui tanta luce di civiltà e di sapienza si diffuse e si diffonde per tutto il mondo, e specialmente nell'Oriente europeo, trascende dall'importanza degli interessi locali o regionali per assurgere a quella di un alto interesse nazionale.

Il nuovo Ospedale italiano di New York.

L'11 febbraio fu solennemente inaugurato a New York l'Ospedale « Columbus », magnifico edifizio a 10 piani, modernamente attrezzato e che risponde a tutte le esigenze della tecnica nosocomiale. È stato costruito dalle Suore del Sacro Cuore, guidate dalla superiora, Madre Antonietta Della Casa, gentildonna ligure. La presidenza onoraria ne è stata accettata dall'Ambasciatore d'Italia, nobile Giacomo De Martino, e la vice-presidenza dal Console, gr. uff. Emmanuele Grassi. L'organizzazione è stata affidata al dott. Filippo Cassola, chirurgo capo. Alla cerimonia inaugurale intervenne il dott. Greef, capo degli Ospedali della Città. Furono pronunziati vari discorsi. La benedizione venne impartita dal Nunzio Apostolico S. Em. Fumasoni Biondi. Il Santo Padre si è degnato d'inviare la sua apostolica benedizione.

La nuova Clinica ostetrico-ginecologica di Norimberga.

È stata inaugurata, dopo una costruzione durata sette anni; dispone di 150 letti, oltre ad una sezione per le gestanti a pagamento; ne fanno parte una scuola per levatrici ed una scuola per infermiere dell'infanzia.

Casa internazionale del medico ad Abbazia.

Per iniziativa del dott. De Hortenau, si sta progettando la costruzione ad Abbazia di una Casa internazionale del Medico, la quale accoglierebbe, per un periodo di vacanze e di riposo, i medici dei vari Stati d'Europa che intendono visitare queste regioni italiane d'avanguardia e beneficare delle virtù terapeutiche della stazione di cura. La provincia, associazioni ed enti parteciperebbero all'allestimento della Casa mediante la dotazione di letti e simili. Il Comitato confida di ottenere per gli associati alla Casa del Medico riduzioni ferroviarie e marittime. Confida inoltre sulla solidarietà e sull'appoggio di tutti i medici d'Europa.

Per una Colonia Alpina.

Il prof. comm. Prassitele Piccinini ha elargito l'ingente somma di L. 100.000 al Comitato Provinciale Balilla di Mantova, sua città natale, per la costruzione di una Colonia Alpina. Il generoso gesto merita un plauso cordiale.

Il Messico limita l'ammissione di medici stranieri.

Il ministro degl'interni della repubblica del Messico ha impartito istruzioni al Servizio dell'immigrazione, affinchè non vengano ammessi nuovi medici stranieri, se non autorizzati dal Ministero. Ciò in seguito a raccomandazioni della direzione della sanità pubblica, la quale ha fatto rilevare che i diplomi di molti medici stranieri sono rilasciati da Enti che non offrono garanzie, o del tutto fittizi. Un motivo addizionale è dato dalle gravi condizioni economiche del Messico, le quali rendono già difficile la vita ai medici locali: la situazione viene peggiorata dall'ammissione di medici stranieri.

La Romania riduce le imposte ai medici.

Il Ministro delle Finanze della Romania ha ridotto sensibilmente le imposte che gravavano sui medici. Ad esempio, il valore imponibile delle abitazioni per i medici, qualora esse siano destinate anche all'esercizio professionale, verrà computato soltanto la terza parte (considerando che un'abitazione vasta e ben tenuta è un mezzo di lavoro per questi professionisti). I medici neolaureati pagheranno la terza parte delle imposte durante i primi tre anni e la metà durante i due anni successivi, allo scopo di facilitarne le installazioni. I medici con più di due figli godranno della riduzione delle imposte in misura di un terzo ». (« Med. Ib. », 21 mar. 1931).

In memoria di Giuseppe Gradenigo.

Nella Clinica otorinolaringoiatrica di Napoli sono state tributate solenni onoranze in memoria del compianto prof. Giuseppe Gradenigo. Alla cerimonia intervennero le rappresentanze delle Autorità Accademiche, civili e militari ed un numeroso stuolo di amici, ammiratori e discepoli del compianto Maestro. Parlarono il Rettore Magnifico prof. Zambonini, il Preside della Facoltà di Medicina, sen. prof. Pascale, il prof. Orlandini, il prof. Bruzzi. Venne scoperto un mezzo busto modellato dallo scultore Giorgis; la Scuola che fu un tempo di Gradenigo ha voluto rendere più solenne il rito di devoto omaggio col pubblicare un pregevole lavoro monografico eseguito dal dott. Pagano sopra la « sindrome di Gradenigo ».

Il prof. Nonne.

Il dott. Max Nonne, professore di neurologia all'Università di Amburgo, ha festeggiato il 70° compleanno. Com'è noto, il Nonne è uno dei maggiori neurologi dei nostri tempi; può considerarsi la figura centrale della neurologia in Germania.

Il prof. Welch.

Il prof. William H. Welch, che compie in aprile l'età di 81 anni, ha deciso di lasciare l'insegnamento. Egli fu professore di patologia alla Scuola Medica dell'Università Johns Hopkins in Baltimora dal 1884 al 1916; poi divenne direttore della Scuola d'Igiene e Sanità pubblica nella stessa città; nel 1926 dette le dimissioni ed assunse l'insegnamento di storia della medicina, che ora abbandona.

Il prof. Welch è una delle figure più spiccate della medicina contemporanea. Demmo già notizia delle onoranze internazionali tributategli l'anno scorso. Al suo nome è stata intitolata la biblioteca medica dell'Università Johns Hopkins.

Per un'inchiesta sul B. C. G.

La Commissione nominata dall'Accademia di Medicina di Parigi, per un'inchiesta sull'efficacia del B. C. G., prega i medici, le levatrici ed i veterinari che hanno impiegato questo vaccino, a voler comunicare — se ancora inediti — i fatti favorevoli e quelli sfavorevoli al metodo, da essi

osservati; chiede che la documentazione sia completa ed esplicita quanto possibile. Le informazioni sono da inviare a: Sécrétariat de l'Académie de Médecine, rue Bonaparte 16, non oltre il 30 aprile.

La "Festa del Perdono„ a Milano.

Nell'Ospedale Maggiore di Milano si sono svolte le tradizionali cerimonie per la « Festa del Perdono »; seguì l'esposizione della celebre quadreria (più di 700 quadri di coloro che hanno maggiormente beneficato l'Ospedale). Popolo e autorità si unirono per la celebrazione commovente del bene fatto nei secoli e di quello che tutti si augurano sia continuato nel tempo. Il Governo era rappresentato dal Prefetto, S. E. Fornaciari. Dopo il rito religioso, tenne un discorso il prof. Binda; poi fu letta la relazione sull'opera del Consiglio amministrativo nel biennio scorso; infine si procedette alla premiazione degli infermieri e delle infermiere che più meritarono per zelo e valore.

Raduno di medici musicisti.

Il primo raduno dei medici musicisti, promosso dai dottori Sacconaghi, Benatti e Sigurini, si effettuerà a Milano il 18 aprile, alle ore 21, in una sala del Caffè Puntigam (piazza Oberdan), allo scopo di una migliore conoscenza e di un proficuo scambio di idee fra colleghi che dovranno figurare, per la parte musicale, nella preannunciata « Antologia medica di arte e varietà », intesa a documentare la varia genialità della classe medica italiana, che annovera nelle proprie file letterati, poeti e cultori delle belle arti.

Al raduno sono invitati tutti i medici che hanno familiarità con la musica, siano essi autori (compositori) o esecutori (pianisti, violinisti, ecc.) o anche soltanto buoni intenditori, critici musicali ecc.

Concorso della salute.

Ad iniziativa dell'Amministrazione dell'Asilo Infantile Umberto I di Caltagirone, è stato bandito un Concorso della Salute tra i bambini da uno a sei anni. I concorrenti, dopo regolare visita, riceveranno un attestato ed i migliori saranno premiati e fotografati in gruppo.

La catastrofe di Managua.

Nell'immane catastrofe vanno segnalate la rapidità e l'efficienza dei servizi di soccorso organizzati dagli Stati Uniti. Basti dire che dalle località prossime furono immediatamente dislocate, sui posti del disastro, trenta unità navali recanti viveri, personale e materiale sanitario.

I membri superstiti del Governo, riuniti dal presidente Moncada, hanno deliberato di lasciare la più ampia libertà d'azione alle autorità militari e sanitarie degli Stati Uniti.

La perdita di RAFFAELLO NASINI, professore di chimica all'Università di Pisa, è risentita anche dalla medicina italiana. Lo scomparso è stato uno dei più eminenti cultori della chimica fisica; notevoli furono in questo campo i suoi lavori sulla crioscopia, sulla spettroscopia e sulla luce polarizzata; dobbiamo ricordare anche le sue ricerche sulla emanazioni radioattive delle principali sorgenti idrominerali italiane.

Si è spento a Roma il prof. ENRICO MODIGLIANI, valente pediatra, benemerito dell'assistenza all'infanzia bisognosa, largamente apprezzato dai colleghi e dal pubblico.

Indice alfabetico per materie.

V. ASCOLI †, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

Prof. Dott. AUGUSTO FRANCHETTI MEDICO PROVINCIALE PRESSO LA DIREZIONE GENERALE DELLA SANITÀ PUBBLICA

Appunti di legislazione per gli Ufficiali Sanitari

Affinchè i lettori possano rendersi conto dell'interesse pratico di questo Manualetto, riportiamo la Prefazione dell'A., e l'**Indice alfabetico delle materie:**

Al lettore,

« Richiesto dall'Editore del "Policlinico,, di riunire in un'unica pubblicazione gli articoli che da circa un anno sono com- « parsi nella "Rubrica dell'Ufficiale Sanitario,, del periodico medico romano, ho aderito volentieri alla proposta non per la vana « ambizione di vedere il mio nome stampato in testa al presente volumetto, ma per la convizione intima di fare cosa non « del tutto inutile ai colleghi Ufficiali Sanitari ».

« La legislazione sanitaria, in questi ultimi anni, si è così accresciuta di nuove ed importanti disposizioni, che hanno « modificato o integrato quelle preesistenti, da rendere realmente difficile, anche per chi ha pratica di essa, orientarsi fra le « molteplici norme che interessano i vari argomenti dell'igiene e della sanità pubblica ».

« Mi è parso perciò che potesse riuscire vantaggioso agli Ufficiali Sanitari, e specialmente a quelli dei piccoli centri, aver sot- « tomano un breve compendio di quelle disposizioni delle leggi e dei regolamenti che più spesso essi si trovano nella necessità di « conoscere e di applicare ».

« Gli articoli del " Policlinico ", che svolgono la materia nell'ordine stesso dei capitoli del T. U. delle leggi sanitarie, sono « stati quasi integralmente riportati nella presente pubblicazione. Questa non pretende quindi di essere un codice di legisla- « zione sanitaria, nè un manuale per l'Ufficiale Sanitario, ma una semplice raccolta di appunti.

« L'Autore si riterrà compensato della sua fatica se avrà potuto, con questo modesto lavoro, agevolare in qualche modo « l'adempimento del difficile dovere quotidiano di una benemerita categoria di Medici che rappresentano la sentinella avanzata « della complessa organizzazione sanitaria istituita a difesa della pubblica saluta.

A. F.

INDICE ALFABETICO DELLE MATERIE

ANNO XXXVIII Roma, 20 Aprile 1931 - IX Num. 16

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI †

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Istituto e Clinica di Patologia Chirurgica della R. Univ. di Torino.
Direttore: Prof. O. UFFREDUZZI

L'associazione adrenalino-efedrinica in chirurgia.

Dott. GUGLIELMO GIORDANENGO,
assistente volontario.

È noto che la rachianestesia provoca un notevole abbassamento della pressione arteriosa che raggiunge molto rapidamente, all'incirca al ventesimo minuto, valori notevolmente bassi che persistono, progressivamente attenuandosi, per alcune ore.

La rapida caduta della pressione è accompagnata da una serie di sintomi accessorii quali pallore, sudore, senso di malessere, nausea, vomito, singhiozzo, talora alterazioni del respiro, incontinenza degli sfinteri ecc.

La letteratura al riguardo è oltremodo ricca di interessanti studii clinici e sperimentali indirizzati a valutare e spiegare le cause di tale ipotensione. Due sono essenzialmente le teorie sulla patogenesi di tali disturbi, la teoria tossica (Violet, Ficher, Alamartine, Riche, De Martel, Wideroe ecc.) per cui la caduta della pressione sarebbe dovuta ad un'azione diretta dell'anestetico sui centri bulbari e la teoria circolatoria che spiega il fenomeno facendolo dipendere dalla paralisi degli splancnici e consecutiva vasoparalisi temporanea ed improvvisa delle fibre vasocostrittrici dell'enorme letto vascolare che è alle dipendenze di tali nervi. (Bier, Leriche, Ziegner, Kaiser, ecc.).

Comunque è certo che la diminuzione della pressione di regola è presente in grado più o meno intenso sia durante il periodo di durata dell'anestesia sia in seguito per le prime ore.

Molte sostanze farmacologiche (caffeina, sparteina, ouabaina, lobelina, adrenalina, ecc.) sono state impiegate per combattere tale diminuzione della pressione che talora può raggiungere valori notevolissimi così da produrre un vero colasso e compromettere la vita del paziente. In questi ultimi anni è stata impiegata con successo l'Efedrina, alcaloide dell'« Ephedra vulgaris » entrato nella terapia pratica nel 1926 ed attualmente preparata per sintesi in

una forma racemica analoga negli effetti alla forma levogira dell'alcaloide naturale. La formula chimica e gli effetti biologici di tale sostanza sono oltremodo simili a quelli dell'adrenalina coi vantaggi nei confronti di quest'ultima di una maggior stabilità per l'assenza dei gruppi ossidrilici.

L'Efedrina agisce anche somministrata per bocca e la sua azione, che è molto più duratura di quella dell'Adrenalina, non è localizzata unicamente all'innervazione simpatica delle fibre muscolari liscie ma anche alle fibre stesse.

Recenti ricerche eseguite specie per opera di studiosi tedeschi ed americani dimostrano che l'Efedrina oltre ad avere un'azione ipertensiva rafforza l'efficacia degli anestetici ed analgesici usati. Inoltre riduce i fenomeni tossici da scopolamina.

Non interessano il chirurgo l'azione spiccatamente favorevole che tale sostanza esplica nell'asma bronchiale e nella febbre da fieno che ne ha diffuso l'impiego anche nel campo medico.

Molti sono gli anestetisti che la usano per elevare la pressione sanguigna nei pazienti sottoposti a rachianestesia. Flagg consiglia la somministrazione per via orale un'ora prima dell'intervento. Halder Hall con l'iniezione preventiva di gr. 0,05-0,10 ha ottenuto di evitare la comparsa dei sintomi di anemia cerebrale che ritiene dipendenti dall'ipopressione consecutiva a paralisi vasomotoria degli splancnici.

Lo stesso risultato ha ottenuto H. W. Wallace con una tecnica analoga.

Ockeblad e Dillon consigliano la via ipodermica affermando che la via orale non è indicata per la lentezza con cui l'alcaloide agisce. Essi, eseguita la rachianestesia, seguono l'andamento della pressione ed appena questa accenna a diminuire iniettano gr. 0,05 di Efedrina. L'iniezione viene ripetuta dopo 5 minuti se non si è ottenuto l'effetto desiderato. Prima dell'aumento della pressione notarono sempre un aumento nel numero e nella forza delle pulsazioni. In una recentissima pubblicazione i due predetti AA. riferiscono di 250 casi così trattati e si dichiarano oltremodo soddisfatti dei risultati ottenuti.

***

Dallo studio analitico delle cartelle di anestesia di questo Istituto ho potuto rilevare che con una notevole frequenza la rachianestesia che viene largamente impiegata (25 % degli interventi operativi), produce una sintomatologia immediata e tardiva ascrivibile all'improvvisa diminuzione della pressione sanguigna.

La tecnica ha insegnato dare i migliori risultati con minor numero di disturbi consecutivi ed è brevemente la seguente:

Introdotto l'ago, di piccole dimensioni e munito di mandrino e rubinetto di chiusura, nello speco vertebrale si lasciano defluire poche goccie, quindi se ne aspirano cc. 3-4. Tale liquido viene immesso in una fiala contenente cgr. 10 di novocaina in polvere, sterile. La soluzione dell'anestetico avviene con grande rapidità ed il liquido, nuovamente aspirato nella siringa viene iniettato lentamente. Non si eseguisce di regola « barbotage ».

Subito dopo l'iniezione, eseguita in genere in posizione seduta, il paziente viene disposto orizzontalmente e dopo pochi minuti in leggero Trendelemburg per combattere l'anemia cerebrale.

L'esame di un considerevole numero di casi ha dimostrato che nelle rachianestesie lombari si ha vomito nel 25 % dei casi. Suole comparire dopo almeno 20 minuti dall'iniezione. Nel 10 % dei casi si verifica collasso di varia gravità. Nei molti anni ormai da cui la rachianestesia viene impiegata nella nostra clinica in larga scala non si sono però verificati accidenti letali. Nel 15 % dei casi segue cefalea di durata varia, talora di molti giorni.

La pressione sanguigna appare diminuita di circa mm. 25 di Hg. nel 75 % dei casi, meno notevolmente nel 20 % e permane normale o leggermente aumentata durante l'intervento nel 5 %. In genere si notò un abbassamento maggiore quanto più alta era la pressione iniziale. Dopo la prima mezz'ora gradatamente si osserva un ritorno alla norma così che alla quinta ora dopo l'intervento il 65 % di p. presenta una pressione quasi identica a quella precedente la rachianestesia.

Abbiamo pure potuto constatare che la frequenza con cui compaiono i disturbi di origine bulbare ed il grado di diminuzione della pressione arteriosa variano col variare delle quantità di anestetico impiegato e di piccoli particolari di tecnica (velocità dell'iniezione, posizione del paziente subito dopo l'intervento ecc.).

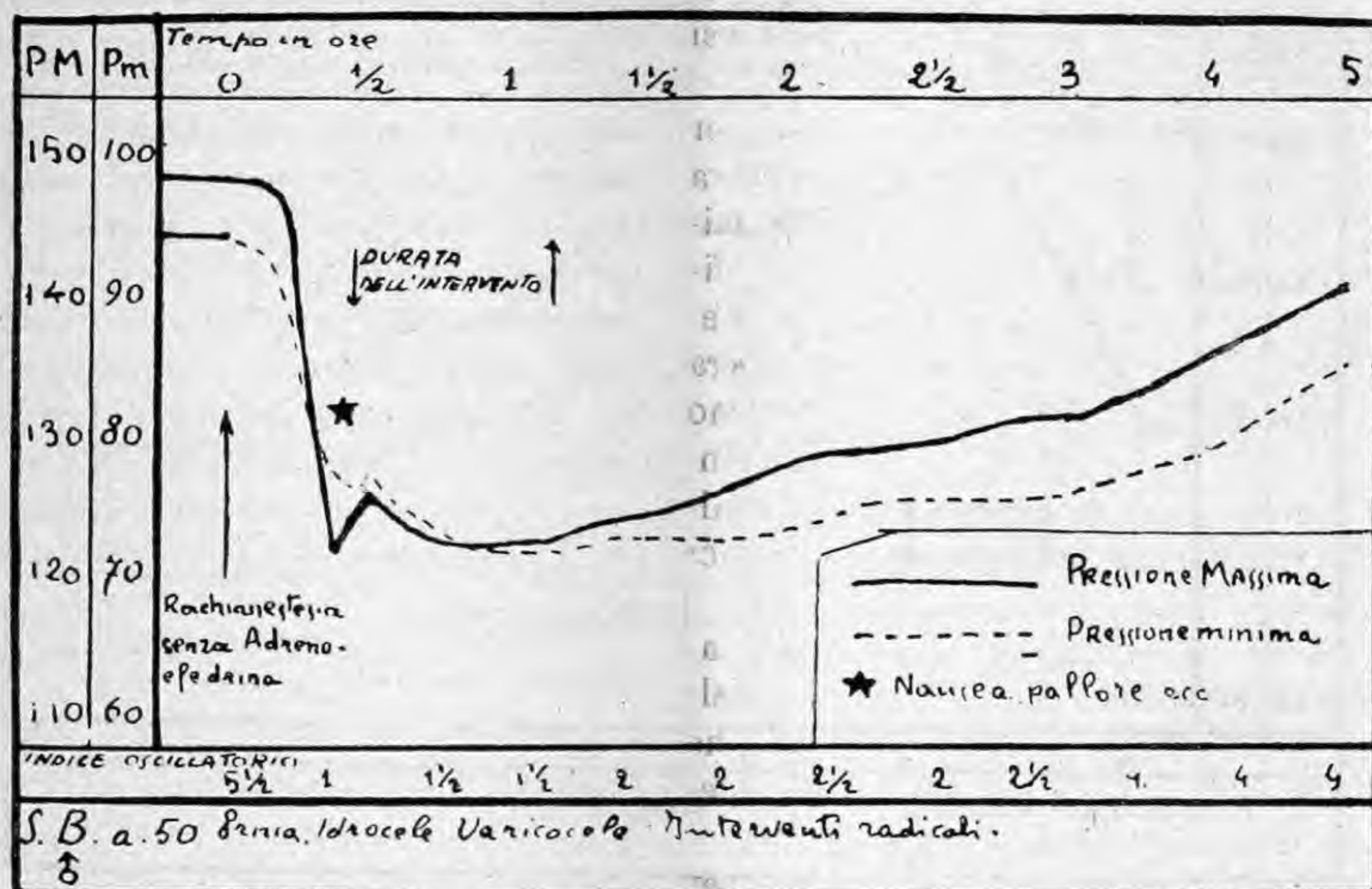
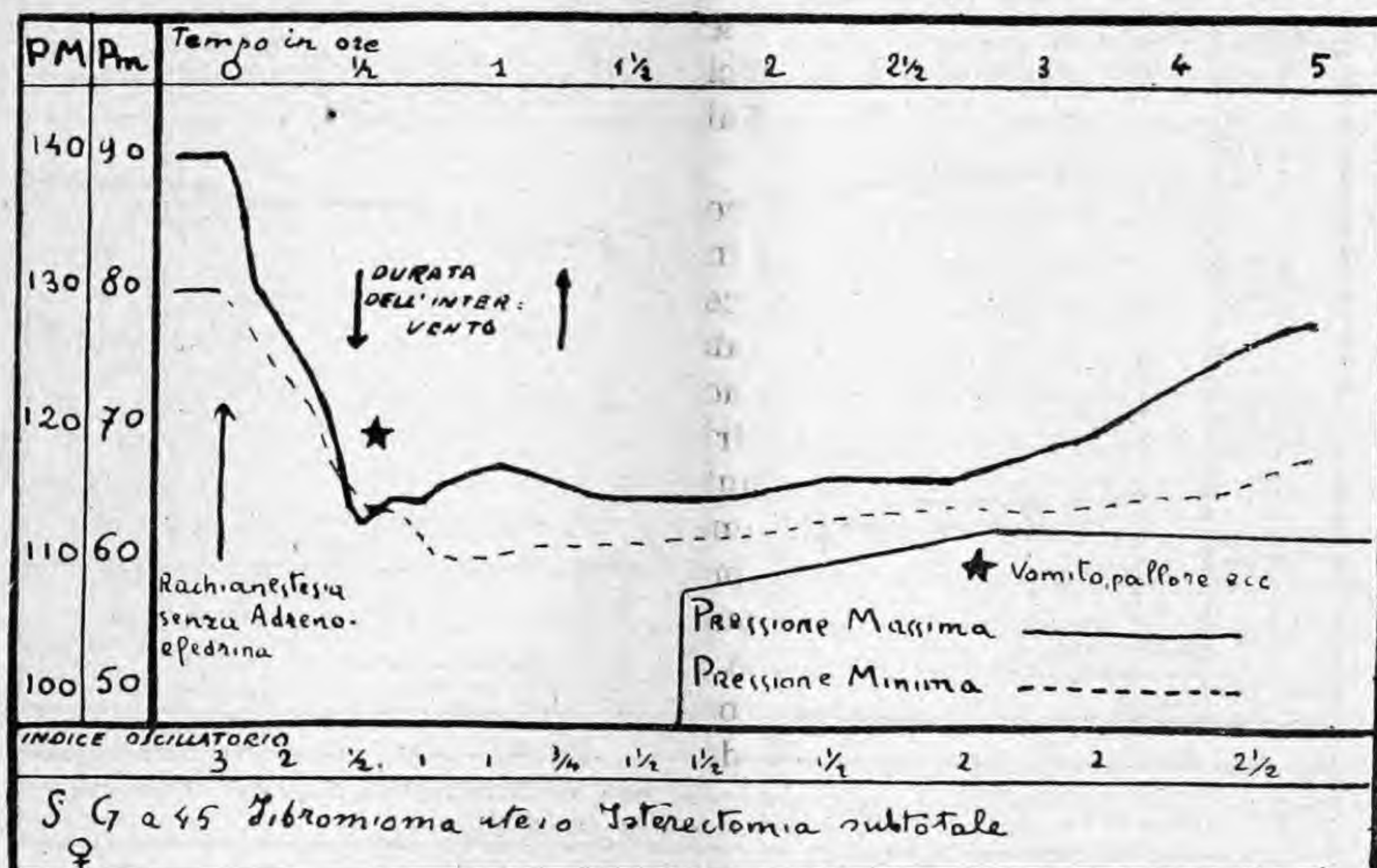
Pure il tipo morfologico e lo stato dell'equilibrio neuro-vegetativo hanno notevole influenza sugli inconvenienti da anestesia, argomento che sarà oggetto di studio in corso.

Si è inoltre osservato che la gravità e la frequenza di tali fenomeni aumenta quanto più in alto viene praticata l'anestesia. Nei casi in cui si è ricorso alla rachianestesia dorsale dall'VIII° al X° spazio dorsale) si notarono quasi sempre fenomeni inquietanti collegati a diminuzione di pressione arteriosa.

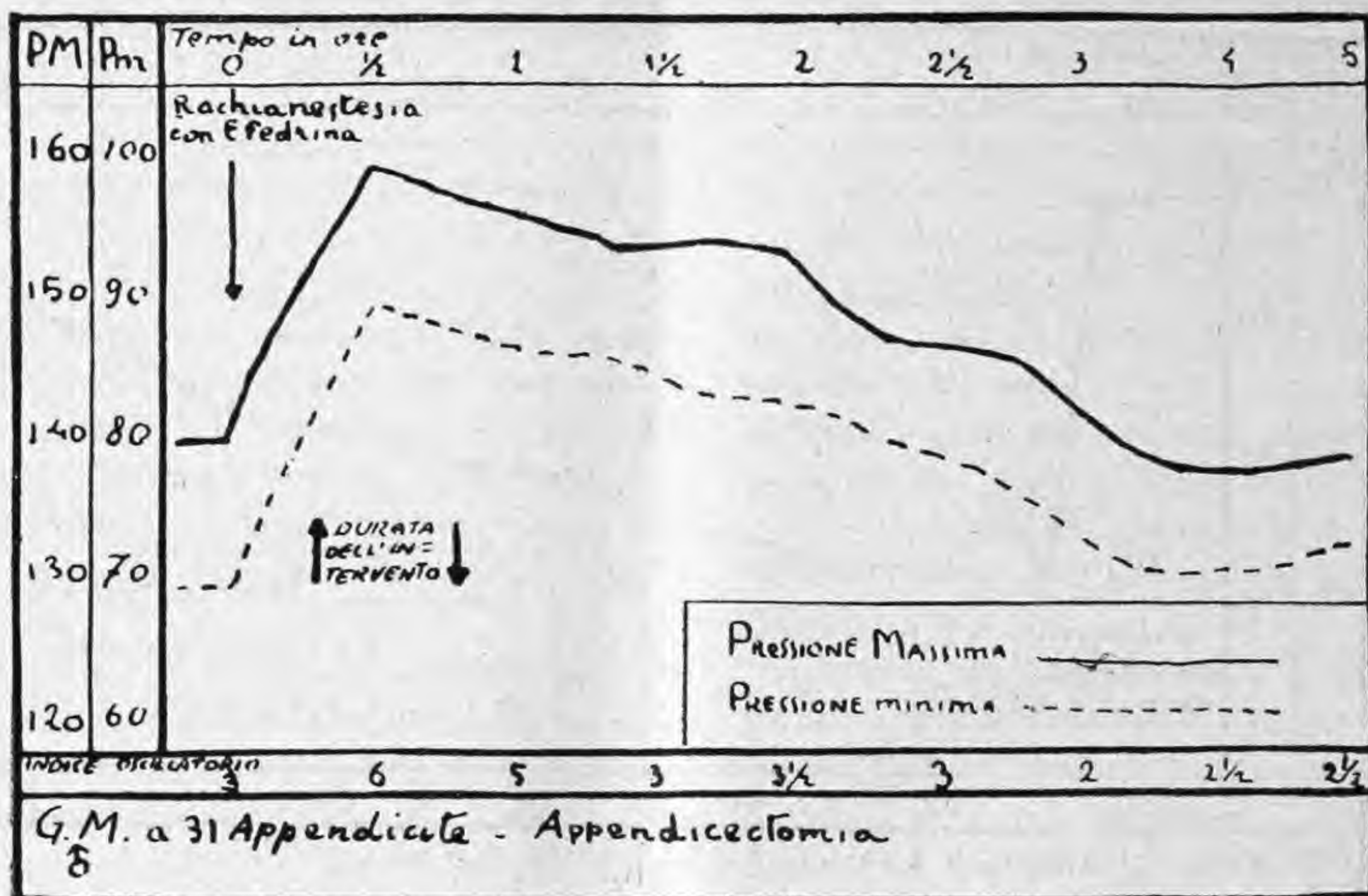
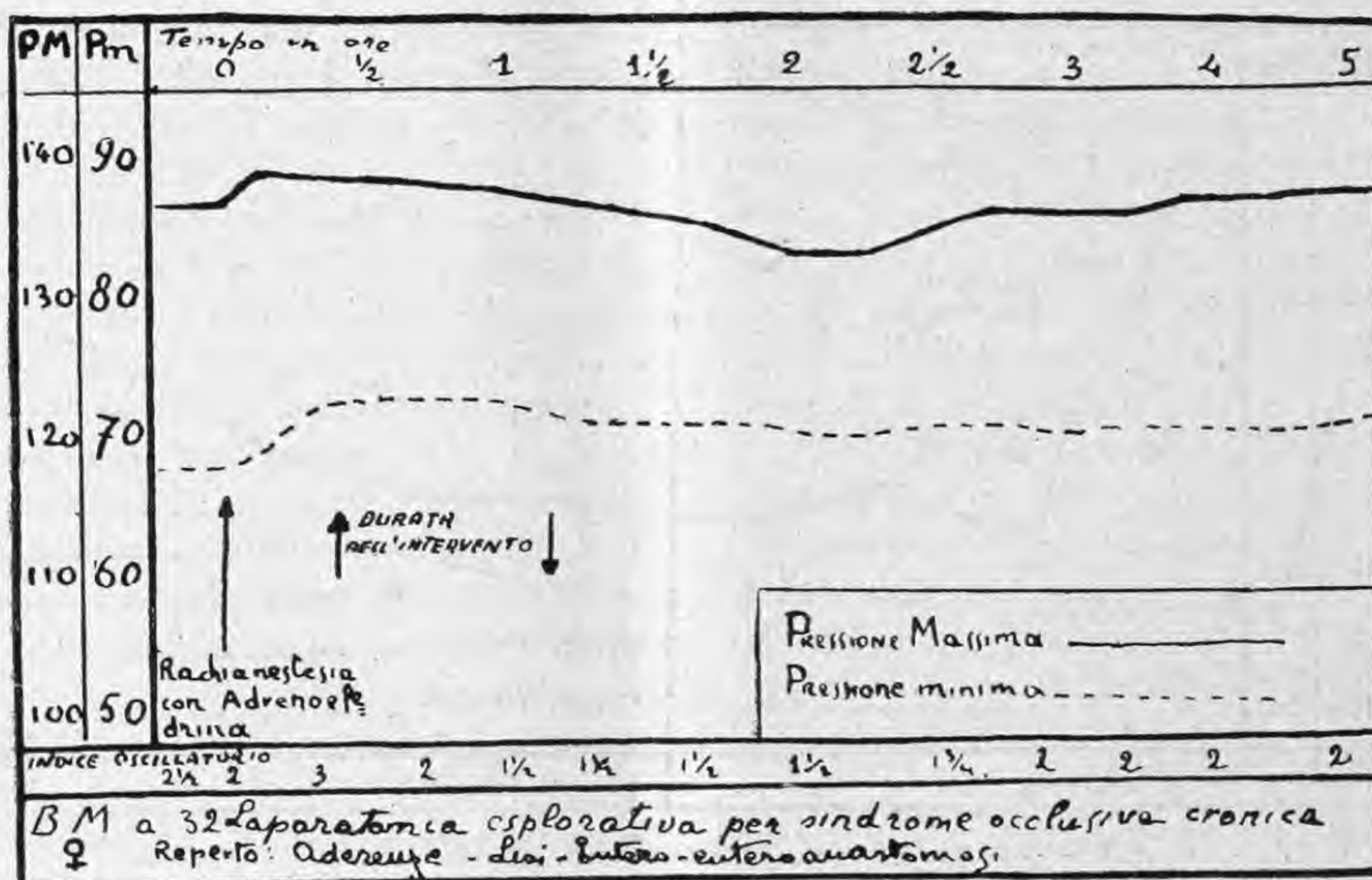
Per cercare di ovviare a tali inconvenienti che talvolta costituiscono un vero pericolo per il paziente e sono causa di serie preoccupazioni per il chirurgo che deve, specie per la comparsa del vomito, sospendere temporaneamente l'intervento se si tratta di laparatomia, sono stati da noi tentati molti mezzi ma i migliori risultati sono stati ottenuti con l'Efedrina associata all'Adrenalina, secondo la formula di una reputata Ditta italiana.

L'azione dell'adrenalina è di così breve durata che non provoca che un beneficio temporaneo. Associata all'Efedrina la sua potente azione costrittrice dei vasi viene rinforzata e sopratutto prolungata.

In 34 pazienti immediatamente dopo l'iniezione dell'anestetico venne iniettata sottocute una fiala di Adrenofedrina da cc. 1 (Adrenalina cgr. 0,025, Efedrina clor. cgr. 2): in 15 casi la pressione fu esaminata ogni 5 minuti; nei rimanenti subito dopo l'intervento ed a distanza di 5 ore.

Si notò un'immediato aumento della pressione arteriosa che raggiunse valori di circa

GRAFICA 1. — Comportamento tipico della pressione sanguigna in seguito a rachianestesia.

GRAFICA 2. — Comportamento tipico della pressione sanguigna in seguito a rachianestesia.

mm. 30 di Hg superiori a quelli ottenuti precedentemente (sfigmomanometro oscillometro di Pachon). In circa la metà dei casi la pressione si mantenne alta durante tutto l'intervento. Nei rimanenti si notò, benchè in misura oltremodo modesta, un abbassamento della pressione dopo 2-3 ore probabilmente dovuto al cessare dell'azione dell'Adrenofedrina ed al prevalere dell'azione ipotensiva dell'anestesia. Però, come già si è detto, dopo qualche ora, nei casi in cui non si è somministrato preventivamente Adrenofedrina, la pressione è in via di aumento e la caduta della pressione in tale periodo non è così rapida da produrre risentimenti spiacevoli nel paziente.

Le unite grafiche 1, 2, 3, 4 riproducono l'andamento della pressione in due casi in cui fu impiegata l'Adrenofedrina ed in due in cui non furono prese misure preventive.

GRAFICA 3. — Comportamento della pressione sanguigna durante un intervento in rachianestesia con somministrazione di Adrenofedrina.

GRAFICA 4. — Comportamento della pressione sanguigna durante un intervento in rachianestesia con somministrazione di Adrenofedrina.

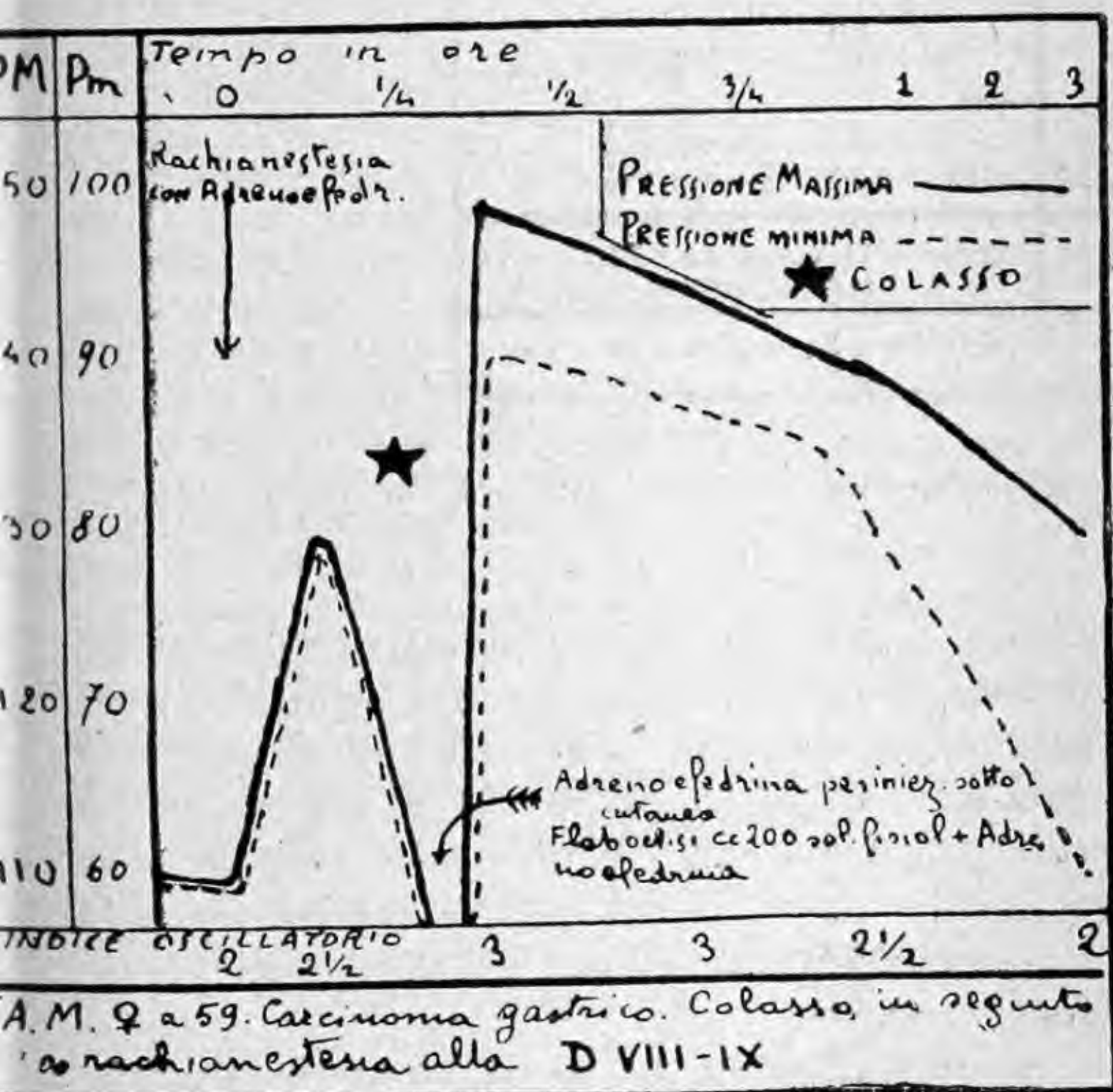
Per quanto riguarda la sintomatologia generale si ebbe vomito in un solo caso su 34 invece che nel 25 % come risulta dalla statistica precedentemente esposta. Mai si notò pallore nè comparvero l'ansia, la fame d'aria, il sin-

ghiozzo. Mai si ebbe collasso neppure di lieve grado nè i pazienti risentirono alcun disturbo soggettivo. Nell'unico caso in cui si ebbe vomito questo comparve improvvisamente senza alcun stato nauseoso preannunciatore come accade spessissimo nel vomito da rachianestesia.

In 8 casi fu praticata la rachianestesia alta (regione dorsale) per gravi interventi laparatomici (colecistotomie, resezioni gastriche) essendo per le condizioni dei pazienti controindicata la narcosi. Non sempre l'Adrenofedrina alla dose impiegata per i casi precedenti riuscì ad evitare la comparsa dei noti disturbi ma fu possibile sedarli prontamente con una seconda e talora una terza iniezione.

In due casi si ebbe vomito tardivo dopo 4-5 ore. In un sol caso si verificò un grave collasso e credo interessante riferirlo per esteso:

A. M. (donna), a. 59. Carcinoma gastrico. Le condizioni generali scadenti sconsigliano l'uso dell'anestesia generale. Con la consueta tecnica si pratica la rachianestesia fra l'VIII[a] e IX[a] dorsale e contemporaneamente si inietta sotto cute cc. 1 di Adrenofedrina.

La pressione del sangue che prima dell'intervento era PM 110 Pm 60 I. O. (indice oscillatorio)

GRAFICA 5. — Influenza dell'Adrenofedrina in un caso di collasso consecutivo a rachianestesia alta D. VIII-IX.

2 sale a PM 130 Pm 80 I. O. 2,1/2. Al 20° minuto, senza alcun sintomo premonitore il polso diviene filiforme e prima che sia possibile determinare la pressione, scompare completamente. La paziente è pallida, respira superficialmente e con difficoltà, la fronte si imperla di sudore, l'aspetto diviene ansioso e sofferente.

Si pratica immediatamente una fleboclisi di soluzione fisiologica di cc. 200 addizionata di una fiala di Adrenofedrina e se ne inietta un altro cc. sotto cute. Prima ancora che tutto il liquido della fleboclisi sia stato introdotto e dopo neppure tre minuti dall'iniezione sottocutanea il polso ridiviene percepibile e sempre più valido. La pressione raggiunge rapidamente i seguenti valori: PM 150 Pm 90 I. O. 3 e si mantiene alta fino al termine dell'intervento (grafica 5).

L'aspetto ridiventa normale, scompaiono il senso di ambascia e la nausea. La paziente interrogata dichiara di sentirsi ormai bene e l'intervento ha termine senza altri incidenti. Dopo tre ore la pressione era la seguente: PM 130 Pm 60 I. O. 2.

La paziente non risentì più alcun disturbo imputabile all'anestesia. Guarigione.

Lascia la clinica in 14[a] giornata.

Oltre che per la prevenzione dei disturbi provocati dalla rachianestesia si è pure impiegata l'Adrenofedrina in taluni pazienti sottoposti ad altri tipi di anestesia. Ottimi risultati si sono avuti in un collasso durante l'anestesia eterea. La pressione inizialmente di PM 150 Pm 60 era caduta tanto che non era più possibile percepire il polso radiale. Un'iniezione sottocutanea di Adrenofedrina e caffeina riportarono in meno di un minuto la pressione a PM 160 Pm 80. Dopo 5 ore PM 140 Pm 70.

In 5 casi fu pure impiegata per sedare il vomito consecutivo alle iniezioni di morfina preparatorie all'anestesia: il risultato fu immediato e duraturo.

L'aggiunta di una fiala di adrenofedrina alla soluzione fisiologica nelle fleboclisi e ipodermoclisi ci ha dimostrato, in un numero ormai rilevante di casi, che i risultati della somministrazione per via endovenosa o sottocutanea di cc. 200-250 di liquido sulla pressione sanguigna vengono notevolmente e durevolmente aumentati.

In 8 casi la maggior efficacia è stata constatata non solo in base all'osservazione clinica ma anche con accurata determinazione delle variazioni della pressione arteriosa. Si è visto che la reazione di ogni paziente alla fleboclisi, pur variando da individui ad individui e da momento a momento, è valutabile da un aumento della pressione che è molto più notevole quando alla soluzione fisiologica si associano l'adrenalina e l'Efedrina.

Anche soggettivamente il paziente risente un beneficio immediato molto più spiccato. I risultati ottenuti nel seguente caso valgano come esempio:

B. F., a. 34, donna. Gravidanza extrauterina. R. W. +++. Intervento in anestesia rachidea e contemporanea iniezione di Adrenofedrina:

Prima dell'intervento: Temp. 38°; polso 80 valido; PM 140; Pn 60; I. O. 2 1/2.

Dopo venti minuti: Temp. —; polso 80 valido, piccolo; PM 140; Pn 70; I. O. 3.

Al termine: Temp. —; polso 90 piccolo, valido; PM 140; Pn 70; I. O. 2 1/2.

Dopo 2 ore: Temp. —; polso 85 molle, piccolo; PM 130; Pn 65; I. O. 1 1/2.

Dopo 4 ore: Temp. 37°,8; polso 95 piccolo, molle; PM 110; Pn 55; I. O. 1 1/2.

Dopo 24 ore: Temp. 38°,6; polso 100 piccolo, molle; PM 110; Pn 60; I. O. 2.

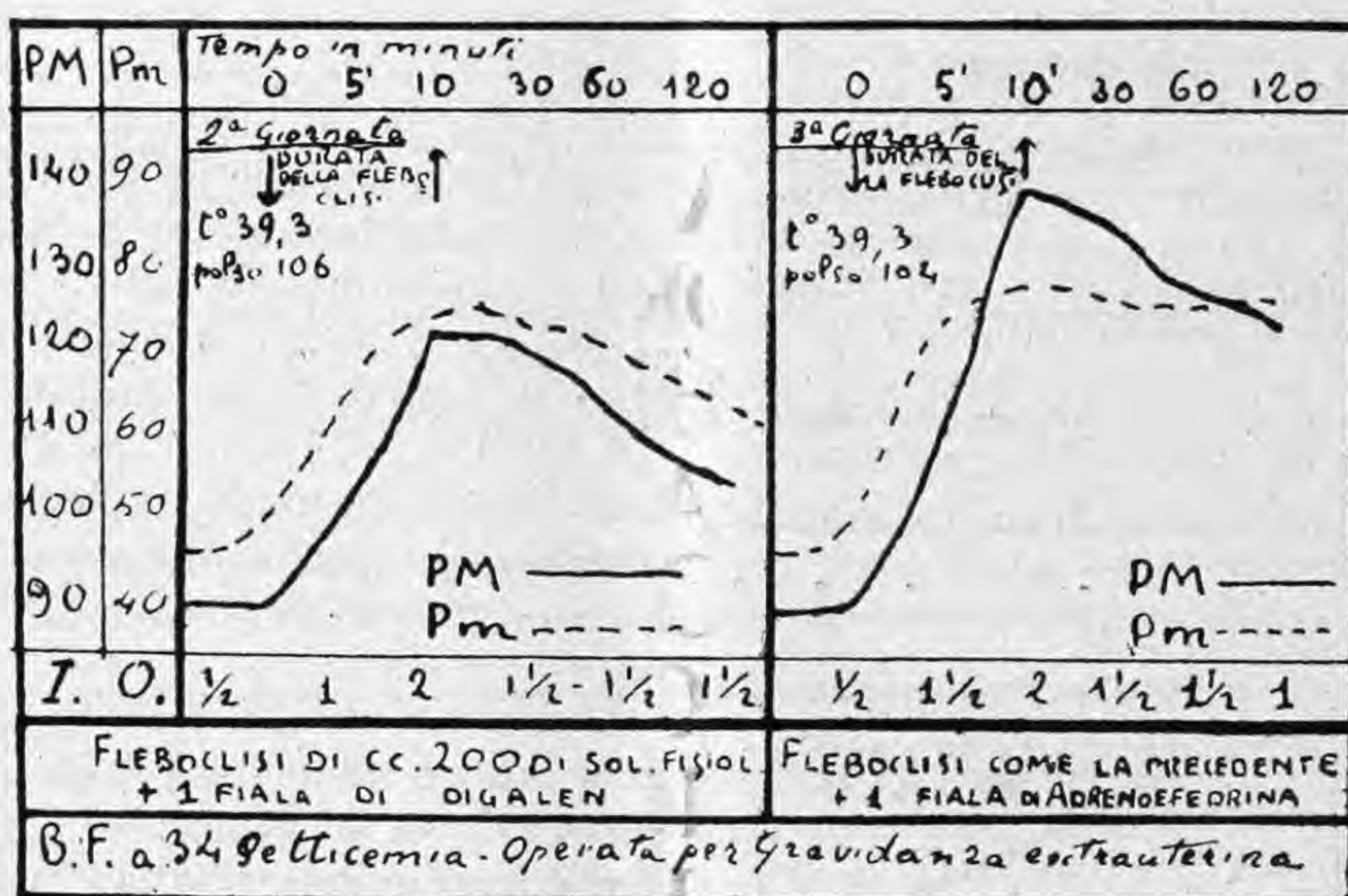
Dopo 48 ore: Temp. 39°,8; polso 100 piccolo, molle; PM 90; Pn 40; I. O. 1/2.

Dopo 48 ore le condizioni della paziente richiedono una fleboclisi che viene praticata con cc. 200 di soluz. fisiol. più una fiala di Digalen. Dopo 52 ore, essendo le condizioni della p. identiche a quelle del giorno precedente, si eseguisce un'altra fleboclisi di cc. 200 di sol. fisiol. più una fiala di Digalen più una fiala di adrenofedrina. L'annessa grafica 6 dimostra i risultati ottenuti nei due casi

sa di un'abbassamento di pressione per tutto il tempo in cui dura tale fenomeno.

L'abbassamento sia pure modico che si nota dopo circa due ore sta a dimostrarlo.

Noi potremmo prolungare di un breve tempo l'azione della droga somministrandola non immediatamente dopo la rachianestesia ma, data la rapidità con cui agisce, all'incirca al ventesimo minuto quando la pressione suole precipitare rapidamente a bassi valori. Più sicuramente si potrà ovviare ad un tale inconveniente con una seconda iniezione a distanza di 1,1/2-2 ore come talvolta abbiamo fatto senza alcun risentimento da parte dell'ammalato.

Il sistema adottato da Ockeblad e Dillon di seguire l'andamento della pressione sanguigna durante l'intervento ed iniettare Efedrina se-

GRAFICA 6. — Influenza sulla pressione sanguigna di due fleboclisi eseguite sullo stesso paziente, in analoghe condizioni, senza e con Adrenofedrina.

La paziente ha avuto febbre elevata (39°,5-40°) per circa 20 giorni per grave setticemia. Si è seguitato a somministrare quotidianamente liquidi per via endovenosa con aggiunta di Adrenofedrina.

Dai risultati dell'applicazione sistematica dell'Adrenofedrina durante la rachianestesia noi possiamo confermare l'asserzione di molti studiosi che è sufficiente impedire che la pressione sanguigna precipiti rapidamente a bassi valori per evitare al paziente non solo il pericolo di un collasso grave ma anche tutti i piccoli sintomi di malessere che sogliono accompagnare tale prezioso mezzo di anestesia.

Inoltre l'esame della pressione praticato sistematicamente a brevi intervalli di tempo ci permette di affermare che, se pure l'associazione dell'Adrenalina all'Efedrina ha un'azione molto più duratura della semplice Adrenalina, non è tale da evitare costantemente la compar-

condo i dati che si ottengono è senza alcun dubbio il più razionale ma non sempre attuabile in pratica e per la necessità di un apposito personale e per la difficoltà di cui ci siamo reso conto nel corso delle nostre ricerche, del controllo della pressione sanguigna durante l'intervento senza recare disturbo agli operatori.

Stiamo attualmente sperimentando allo scopo di ottenere un'azione sufficientemente intensa e duratura senza necessità di continui controlli. Buoni risultati abbiamo ottenuto con la somministrazione contemporanea per via orale e parenterale rispettivamente di Efedrina (Sinfefedrina) ed Adrenofedrina. Alla prima si richiederebbe un'azione meno intensa ma prolungata, sì da continuare l'azione immediata e violenta della somministrazione parenterale. Non ci è possibile per ora esprimerne giu-

dizio in proposito dato lo scarso numero di osservazioni.

CONCLUSIONI.

Dai risultati ottenuti in questo primo periodo di applicazione pratica dell'associazione adrenofedrinica possiamo affermare che essa costituisce un mezzo atto a combattere i più comuni stati di ipotensione chirurgica (operatoria, da anestesia, shock, ecc.) che ai pregi dell'azione rapida ed immediata dell'adrenalina unisce quelli di un'azione di durata notevolmente maggiore.

Il suo impiego si è dimostrato particolarmente prezioso per combattere l'ipotensione ed i disturbi di origine bulbare prodotti dalla rachianestesia.

Ottimi risultati si sono avuti nei collassi operatori e post-operatorii e vantaggi indubbi associando l'Adrenofedrina alla soluzione fisiologica delle fleboclisi ed ipodermoclisi.

BIBLIOGRAFIA.

(N. B. Per brevità si omette la bibliografia precedente l'anno 1926).

Arnaud e Crémieux. *Céphalée persistente après R. A. à la Syncaïne.* Soc. Chir. Marseille, 15 novembre 1926.

Id. Id. *A propos des céphalées sécondaires de la R. A.* Marseille méd., LXIV, p. 31, 1927.

Atanasol C. *Ueber die Anwendung des Ephetonine Merk bei der rectalen Avertinnarcose.* Med. Klin., 1929, p. 827.

Baenziger. *Du traitement de la syncope au cours de la R. A. par les injections intracardiaques et intraveneuse d'adrénaline.* Thèse de Lyon, 1928.

Barco P. *Considerazioni su 1000 casi di R. A.* Minerva Med., VI, p. 908, 1926.

Bouquet. *Sur la physiologie de la R. A.* Monde méd., XXXVIII, p. 739, 1928.

Bower J. O., Waganer e Clark J. H. *Clinical and experimental investigations in spinal anaesthesia.* Current Research Anesth., VII, p. 915, 1926.

Broglio R. *Una serie di oltre 1000 R A.* Arch. Ital. di Chir., XV, p. 639, 1926.

Brun. *Quelques réflexions sur la R. A. d'après 6147 observations.* Arch. Franco-belges de Chir., XXX, n. 9, 1927.

Coutre. *De la R. A.* Thèse de Lyon, 1928.

Daniel. *Nouvelle méthode de prophylaxie des accidents rachianéstétiques.* Bull. Acad. méd., XCVI, p. 105, 1926.

Di Pace J. *Sulla causa probabile degli accidenti immediati della R. A. e modo di evitarli.* Policlinico, Sez. Pratica, 1922.

Flagg P. J. *The Art of Anaestesia.* J. B. Lippincot Co. Philadelphia e London, 1928.

Forgue E. et Basset A. *La rachianésthésie.* Masson, éd., 1930.

Franke M. *Ueber Dauerschädigungen nach Lumbalanästhesie mit Novocaine-Suprarenine-Losung.* Deut. Zeitschr. f. Chir., CCII, p. 262, 1927.

Halder Hall G. *Spinal anaesthesia. With special reference to the use of Ephedrine.* California Med., XXIX, p. 246, 1928.

Holzbach E. *Erfahrungen mit Ephetonin Merk der Behandlung des Gefasskollaps.*

La Barre J. *Cardiovascular action of Ephedrine in animals.* Bruxelles méd., IX, p. 1, 1928.

Labat. *Circulatory disturbances associated with subaracnoid nerves-block.* Long Island M. J., XXI, p. 575, 1927.

Leriche. *De quelques faits utiles a connaître pour la pratique de la R. A.* Bull. Soc. Chir., XLIX, n. 32, 1923; Presse Méd., 22 nov. 1928.

Mahler P. *Beitrag zur Lumbalanästhesie.* Deut. Zeitschr. f. Chir., CIXC, p. 323, 1926.

Marchini E. *La rachianestesia colla tropocaina.* Ann. Ital. di Chir., IV, p. 359, 1925.

Id. *Ancora sulla rachianestesia colla tropocaina.* Bull. di Scien. med., V, p. 67, 1927.

Martin H. W. e Arbuthnat R. E. *Spinal anaesthesia. A review of more than six thousand cases in the Los Angeles Gen. Hosp.* J. A. M. A., LXXXVII, p. 1723, 1926.

Melzer E. *Ephedrine bei Bekampfung postoperativer Kollapssustände.* Münch. Med. Woch., II, p. 1919, 1929.

Ockeblad N. F. e Dillon T. G. *Ephedrine in Spinal Anaesthesia. Preliminary report.* J. A. M. A., LXXXVIII, p. 1135, 1927.

Id. Id. *Ephedrine controlled Spinal Anaesthesia.* Journ. Urol., XXI, p. 77, 1929; Obst., 1929, p. 547.

Pitkin G. J. *Controllable Spinal Anaesthesia.* J. M. Soc., XXIV, p. 425, 1927.

Placeo F. *Osservazioni cliniche sulle variazioni della pressione sanguigna nelle diverse forme di anestesia dopo gli interventi operativi.* Minerva Med., VII, p. 1369, 1927.

Rodriquez Acevedo A. *Algunas observaciones sobre anestesia raquidea.* Repert. de med. y cirug., XVII, p. 7-22, 1926.

Roume. *Céphalée ténace après R. A.* Bull. Soc. d'Obst. et Gynée., II, p. 158, 1927.

Sabbadini D. *Paralisi del retto esterno postrachistovainizzazione.* Riv. oto-neuro-oftalm., IV, p. 305, 1927.

Schutz. *Spinal anaesthesia.* Surg. Gynec. and Obst., XLVI, p. 281, 1928.

Stell W. A. *Blood pressure maintenance in spinal anaesthesia.* J. A. M. A., LXXXIV, p. 79, 1925.

Wallace H. K. *Use of ephedrine in Spinal Anaesthesia.* 37° Congr. annuale della Western Surg. Ass., 8-9, XII, 1927.

Ziegner H. *Der Vasomotorenkollaps bei der Lumbalanästhesie und seine Verhütung.* Zeitsch. f. Chir., p. 1367, 1926.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

ISTITUTO DIAGNOSTICO DI REGGIO CALABRIA
diretto dal dott. P. TIMPANO.

Un caso di anchilostomiasi simulante un neoplasma gastrico

per il dott. MARCO MANGIOLA.

Merita di essere conosciuto un caso di anchilostomiasi simulante un carcinoma dello stomaco.

F. Vincenzo, di anni 65, da Gioiosa M. (Reggio Calabria).

Nulla di notevole nell'anamnesi famigliare. Nove anni fa fu operato di ernia inguinale destra e da circa due anni soffre di ernia anche a sinistra. Ebbi occasione di visitarlo la prima volta il 5 aprile u. s. perchè si lagnava di dolori causati dalla irregolare applicazione del cinto erniario, e mi accorsi che era abbastanza pallido e debole.

Dopo alcuni giorni, essendo peggiorate le condizioni generali, da un altro collega gli fu prescritta una intensa cura arsenicale per iniezioni e dell'estratto epatico per bocca. Nessun miglioramento si potè constatare, anzi l'oligoemia divenne più spiccata e si aggiunsero disturbi a carico dell'apparato cardio-vascolare e digerente: facile palpitazione, anoressia, senso di peso allo stomaco, stitichezza alternata a diarrea.

Il 3 maggio si fece visitare da un professore universitario, il quale pose lo stato cachettico dell'ammalato in relazione con una resistenza dolorosa che gli sembrò di palpare nella regione pilorica e consigliò l'esame radiologico, che diede il seguente risultato: stomaco in sede e posizione normale. Posizione piloro-duodenale più alta che di norma, fissa, non modificabile ai vari decubiti e nei tentativi di spostabilità normale. Irregolarità e difetto di riempimento. Svuotamento gastrico sensibilmente ritardato. Deduzione radiologica: stenosi pilorica di 2° grado di natura neoplastica.

In base a questo reperto fu stabilito l'intervento chirurgico. Se non che la famiglia chiese di consultare ancora un altro collega ed ecco quanto abbiamo osservato l'11 maggio.

Costituzione generale scadente, colorito della pelle e mucose visibili estremamente pallido, pulsazioni ben visibili nelle regioni carotidee. Aia cardiaca leggermente ingrandita, soffio dolce alla punta. Scarsi rantoli sparsi nell'ambito polmonare, sopratutto alla base. Fegato leggermente aumentato di volume, milza nei limiti. Lingua impatinata, umida. Addome meteorico. Non si osserva alcuna sporgenza gastrica nè alcun movimento peristaltico a carico dello stomaco o dell'intestino. Con la palpazione si provocano sensazioni moleste in tutto l'epigastrio ma non si notano dolori fissi nè si nota una vera resistenza circoscritta. La palpazione profonda provoca invece una discreta difesa muscolare. Nessun segno importante si rileva alla percussione. Edemi spiccati ai malleoli.

L'infermo assicura di non avere mai avuto vomito nè emissione di fecce scure e di aver sempre tollerato, salvo rare eccezioni, l'alimentazione mista comune. Aggiunge, anzi, che proprio a mezzogiorno ha voluto mangiare due uova e una lattuga senza avvertire disturbi importanti. Da tre mesi ha cominciato a sentirsi molto debole, a non poter accudire alle sue faccende, a soffrire di senso di peso allo stomaco e di oppressione al torace.

Di fronte a una sindrome così importante presentata da un uomo di 65 anni e di fronte alla diagnosi affacciata da un distinto clinico e confermata dall'esame radiologico, non era possibile scartare subito l'idea del tumore maligno. Ma poi, tenuto conto del decorso della malattia e vagliato il complesso dei sintomi al lume della critica clinica, il dubbio doveva pur sorgere. Il rapido decadimento del paziente, la grave cachessia in cui l'abbiamo trovato, non potevano non far pensare che il neoplasma, se ci fosse stato, avrebbe dovuto subire anch'esso un processo di rapida evoluzione con tutto il corteo di sintomi subiettivi e obiettivi a carico dello stomaco, e che l'ingestione di due uova e di una lattuga cruda in quelle condizioni, non sarebbe passata facilmente senza disturbi.

Abbiamo quindi deciso di ricorrere all'esame delle fecce, esame che ci ha fatto rilevare un gran numero di uova di anchilostoma d. e parecchie uova di tricocefalo. Allora abbiamo somministrato al paziente due grammi di tetracloruro di carbonio in capsule gelatinose. Lo stato generale assai grave non poteva consigliarci di usare dosi superiori. Il miglioramento si è manifestato dopo pochi giorni.

Abbiamo ripetuto l'esame delle fecce dopo un mese e avendo constatato ancora la presenza di altre uova di anchilostoma, abbiamo questa volta somministrato tre grammi di tetracloruro, che il paziente ha sopportato senza disturbi degni di nota. L'esame dell'addome non ci ha fatto rilevare alcunchè di anormale. Il paziente finì per guarire completamente.

L'osservazione clinica sopradescritta ci dimostra:

1) che l'anchilostomiasi è capace di determinare sindromi simulanti delle vere e proprie affezioni organiche localizzate, come epatiti, tumori gastrici, ulceri gastriche, ecc.;

2) che i segni radiologici dei neoplasmi dell'apparato digerente possono talora essere falsi e trarre in inganno i più esperti radiologi, così come accade non di rado coi segni radiologici dell'ulcera gastrica, per cui è sempre prudente fondare la diagnosi di tumore non solo sulle osservazioni radiologiche ma anche sulle diligenti osservazioni cliniche e sulle indagini di laboratorio;

3) che il tetracloruro di carbonio purissimo può essere tollerato anche nei casi di anchilostomiasi con profonda anemia ed astenia accompagnate da disturbi dispeptici;

4) l'anchilostomiasi si è verificata in un paese dove era assolutamente sconosciuta.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso rarissimo di anchilostomiasi simulante un neoplasma gastrico sia all'osservazione clinica che all'indagine radiologica.

L'esame delle fecce ha chiarito la diagnosi e il tetracloruro di carbonio, ben tollerato, malgrado la profonda cachessia, ha determinato la guarigione.

BIBLIOGRAFIA.

Broc R. e De Beaujeu J. *Ricerche cliniche sull'anchilostomiasi*. Revue Tunisienne de Sciences Médicales, 9-II-1928. Rip. in Policlinico, 1929, 683.

Martelli C. *Cancro gastrico a forma anemica.* Rin. Med., 1927, pag. 176.

Mottola F. *Su di un caso di anchilostomiasi.* Ibid., 1926, 495.

Roig A. e Caffera Abadia H. G. *Anchilostomiasi duodenale simulante un'ulcera del duodeno.* Medicina de los Países Cálidos, luglio 1928, n. 4; rip. in Rin. Med., 1928, pag. 1179.

Sorge S. *A proposito della cura dell'anchilostomiasi col tetracloruro di carbonio.* Policlinico, 1929, pag. 597.

Timpano P. *L'anchilostomiasi nella provincia di Reggio Cal.* Comun. al 2° Congr. di Med. e Ig. Col., Roma, 29-30-31 ott. 1929; Assoc. Nazionale Interessi del Mezzogiorno d'Italia, Roma, 1929.

Id. *La cura dell'anchilostomiasi col tetracloruro di carbonio.* Policlinico, 1929, pag. 597.

PROBLEMI SANITARI

La prevenzione della malaria nel campo pratico.

(A. Missiroli. *Riv. di Malariologia*, n. 6, 1930).

La malaria costituisce pur sempre uno dei gravi problemi sanitari e sociali e non della sola Italia, ma di gran parte del mondo; problema che esige un affinamento continuo dei metodi di lotta, derivante dallo studio più profondo delle diverse circostanze che possono influire sul fenomeno malarico. Attualmente l'arsenale antimalarico consta dei diversi mezzi che si sono venuti dimostrando utili e che, per debito di coscienza, vengono tutti messi in opera quasi senza graduarne l'importanza: la lotta antilarvale, la chininizzazione, la bonifica umana, la zooprofilassi, ecc.: tutti, si può dire, collocati sopra uno stesso piano, sicchè l'attuazione comporta un notevole dispendio di forze e di denaro.

Un contributo importante e, ritengo, decisivo alla soluzione attuale del problema della lotta antimalarica viene ora portato dall'A.

Cinque anni di esperienze condotte con rigore scientifico in 18 Comuni delle varie regioni d'Italia, mezzi adeguati sì, ma sfruttati con saggio criterio, un'opera perseguita con tenacia basandosi essenzialmente sul concetto dell'efficacia della lotta antilarvale (una fede è sempre necessaria per agire!) ed inspirata alla più serena obbiettività, permettono ora al Missiroli di arrivare a conclusioni che potranno avere un grande riflesso nel campo pratico.

È malagevole ridurre ad aride conclusioni questo lavoro che si legge con vivo e crescente interesse anche per le numerose questioni di biologia che tratta, di cui la soluzione acquista una grande importanza pratica; basti accennare alle osservazioni sui laghi artificiali ed ai fenomeni di immunità nella malaria.

Ci limiteremo, quindi, a mettere in rilievo le parti più significative, consigliando la lettura del lavoro originale a chiunque si occupi della questione.

Concetto ormai universalmente accettato e sostenuto, fra i primi, dall'A., è che *la profilassi antimalarica si basa esclusivamente sulla possibilità di impedire che l'Anofele punga l'uomo.*

Il trattamento curativo, di grande efficacia per ridurre i danni della malaria, è inadeguato per la profilassi. Lo dimostrano diversi fatti: anzitutto la prova data da Gualdi e Martirano (1901), che la chinina non distrugge le semilune; poi la possibilità di sviluppo di grave epidemia malarica da poche ed incognite sorgenti d'infezione; si aggiungano le osservazioni fatte sotto la direzione dell'A., che la percentuale di semilune residuate in un paese sottoposto ad intenso trattamento curativo è di gran lunga superiore a quella necessaria per determinare una grave epidemia: l'intenso uso della chinina non previene affatto lo sviluppo dei portatori di gametociti, la curva dei quali cresce regolarmente alla distanza di 15 giorni, in confronto di quella che esprime l'aumentato uso di chinina.

È del resto evidente l'impossibilità materiale di provvedere una quantità di chinina sufficiente per tutti i malarici (calcolando a soli grammi 10 la quantità di chinina per ogni malarico, ne occorrerebbero per la sola India 800 tonnellate, mentre la produzione mondiale non supera le 600).

Può darsi che la plasmochina (che avrebbe azione elettiva sui gametociti) venga un giorno utilizzata per la profilassi; per ora, ogni giudizio appare prematuro.

La lotta antianofelica si presenta quindi come un mezzo veramente efficace per la profilassi antimalarica, da basarsi essenzialmente sull'uso di larvicidi, coadiuvata dalla protezione meccanica e dalla zooprofilassi, intesa in senso lato.

L'uso dei larvicidi comprende anzitutto lo spargimento del verde di Schweinfurt, da farsi ogni dieci giorni, nel periodo da giugno ad agosto, tenendo presente che l'area di distribuzione degli anofeli può arrivare fino a 6 chilometri dal luogo di sviluppo (interessanti al riguardo sono le osservazioni dell'A. sui lunghi voli preibernali). L'efficacia del metodo è dimostrata dai risultati ottenuti: il costante abbassarsi della curva degli anofeli e dei malarici, malgrado il variare dell'intensità del-

l'endemia malarica nei paesi vicini: risultati che esigono però uno studio esatto delle condizioni locali e che non possono essere molto brillanti nel primo anno, ma solo nei successivi.

Importanti sono pure le osservazioni sui laghi artificiali, per i quali si dimostra che, entro un periodo di 5-6 anni, il numero degli anofeli tende a ridursi ed a sparire indipendentemente dalle misure antianofeliche.

Gli esperimenti fatti sulla lotta per mezzo dei pesci insegnano che si deve ricorrere alle specie esotiche, le quali sono favorite nel loro sviluppo da particolari condizioni biologiche e dal fatto di non trovare ancora organizzati i nemici naturali.

I risultati ottenuti nei paesi dove si è fatta la lotta con i metodi dell'A., sono stati valutati, oltre che con la diminuzione della morbosità e della mortalità (nei paesi a malaria intensa), mediante l'indice splenico e l'indice parassitario. Le tavole che accompagnano il lavoro indicano graficamente e nettamente la riduzione di tali indici nei paesi dove venne fatta essenzialmente la profilassi antilarvale in confronto della stazionarietà o quasi nei comuni dove si fece la sola chininizzazione.

L'interruzione dei rapporti alimentari dell'Anopheles con l'uomo si può ottenere valendosi di mezzi diversi e cioè: 1) soppressione radicale dei focolai anofeligeni; 2) lotta antilarvale con mezzi temporanei, cioè con il verde di Schweinfurt, che è efficace, innocuo, di facile applicazione, di poco costo; 3) protezione meccanica; 4) deviazione del gusto alimentare dell'*Anopheles* verso il bestiame, ciò che è una conseguenza diretta della coltura intensiva dei terreni.

Il costo della lotta antilarvale col verde di Schweinfurt è, in media, di L. 10 per ogni 1000 mq. di superficie idrica, spesa che può venire ridotta col minor costo della mano d'opera e dei trasporti.

Il chinino, largamente usato, conduce a ridurre la mortalità ed i danni che la malaria reca all'organismo, ma lascia più o meno inalterata la morbosità.

La bonifica integrale, col largo sviluppo del patrimonio zootecnico, che permette la deviazione del gusto alimentare dell'anofele verso il bestiame, sarà sempre per il nostro Paese la base del radicale risanamento di molte zone malariche. Ma, mentre si compiono tali trasformazioni, che esigono molti capitali e, soprattutto, molto tempo, l'uso del verde di Schweinfurt potrà tener lontana la malaria dai centri abitati rurali, permettendo di condurre a termine la bonifica integrale e rendendo possibile il graduale ritorno della popolazione rurale ai campi, senza i gravi danni all'uomo, spesso lamentati.

A. FILIPPINI.

SUNTI E RASSEGNE.

RICAMBIO.

Le malattie della nutrizione per disarmonia.

(PEDRO ESCUDERO. *Revue Sud-Américaine de médec. et chir.*, n. 9, 1930).

La nutrizione è una funzione che permette agli esseri viventi di mantenere l'integrità della loro composizione grazie all'azione combinata dell'assimilazione e della disassimilazione. È una malattia della nutrizione ogni perturbazione dell'attività o della vita, interessante il ciclo evolutivo delle sostanze alimentari. La nutrizione comprende quattro momenti: l'amministrazione degli alimenti, la digestione, l'assorbimento, il metabolismo intermedio, l'escrezione dei detriti. La medicina classica non mette fra le malattie della nutrizione che quelle risultanti dal metabolismo: diabete, gotta, aminoaciduria. Secondo l'A. ad esse bisogna aggiungere tutte quelle malattie derivanti da alterazione di uno qualunque dei cicli evolutivi della sostanza ingerita. Nel lavoro presente E. si occupa delle malattie che interessano il primo momento della nutrizione, cioè delle malattie per errore di somministrazione degli alimenti.

Gli errori possono essere portati sulla quantità e sulla qualità: nel primo gruppo bisogna mettere i regimi ipo- od ipernutritivi i primi portano all'ipotrofia od alla morte, i secondi all'obesità. Sono errori di qualità: le carenze, o i regimi disarmonici. Si dice che un regime è di carenza allorchè, essendo sufficiente, mostra una diminuzione od una lacuna portante su un elemento indispensabile: vitamine, sali, aminoacidi. La mancanza di acqua è più rara. Il gruppo delle malattie corrispondenti comprende: le avitaminosi (lo scorbuto, il beriberi, l'osteomalacia, la xeroftalmia, il rachitismo, la pellagra. Le ipoavitaminosi costituiscono un gruppo mal definito, legato, secondo E. all'esistenza di uno squilibrio alimentare (Randoin e Simonet). Il gruppo iposalino, il cui esempio più tipico è rappresentato dal gozzo endemico (diminuzione dell'iodio nell'acqua, aria, terra). Aggiungiamo il gruppo ipoaminoacidi.

Accanto alle malattie da carenze, si debbono mettere le malattie della nutrizione da disarmonia.

Randoin e Simonet hanno creato la concezione dell'equilibrio alimentare derivante dal fatto che la quantità dei fattori alimentari A B C necessari variano non solo con le specie alimentari ma anche con le proporzioni di queste specie presenti nella razione. Lo squilibrio può avere cause diverse a seconda la partecipazione in più od in meno dei sali e delle vitamine. La concezione dell'equilibrio del

regime è stata applicata dal Desgrez, Bierry, Rathery per determinare la quantità di grasso alimentare nel diabete; essi hanno dimostrato che l'insulina favorisce l'assimilazione di una maggior quantità di grasso.

Un regime sufficiente dal punto di vista calorifico composto di vitamine, aminoacidi, sali, acqua, non assicura l'alimentazione se non si associano glucidi proteidi, lipoidi in proporzioni armoniose, favorenti la loro perfetta utilizzazione. Allorchè quest'armonia è violata con il predominio di una sostanza, la perturbazione del metabolismo glucide compare rapidamente e si manifesta in modo noto e la Clinica ci offre esempi chiari. E. ha dimostrato la cosa anche sperimentalmente in soggetti molto differenti gli uni dagli altri: epatici, disendocrini, polmonari, sani. In un soggetto sano un'alimentazione disarmonica non apportò alcun disturbo; in tutti gli altri vi fu un disturbo del metabolismo glucosato. In tre la causa fu un regime ipergrasso, in tre il regime proteico e grasso, in due i tre regimi.

È dunque provato sia clinicamente che sperimentalmente la necessità di stabilire una proporzione armoniosa nella ripartizione dei componenti idrati di carbonio, proteine, grassi del regime alimentare. Se questa armonia si rompe può comparire uno stato morboso anche se gli altri elementi dell'equilibrio alimentare sono salvaguardati: sali, vitamine, acqua, aminoacidi fondamentali. Nelle malattie del metabolismo la disarmonia può mostrarsi senza arrivare agli estremi realizzati dall'esperimento. Il diabete è sotto questo riguardo, la malattia tipo: così pure in un caso di vomito ciclico acetonico E. ha potuto stabilire l'esistenza di un metabolismo grasso difettoso, legato alla disarmonia dell'alimentazione.

MONTELEONE.

Nuovi concetti sulla patogenesi dell'obesità e sui problemi del metabolismo basale.

(BERNHARDT. *Endocrinology*, lug.-ag. 1930).

I problemi dell'obesità sembravano definitivamente risolti colla pubblicazione del von Noorden nel 1910. Egli riteneva che la maggior parte dei casi di obesità fosse di origine tiroidea. Egli e il Magnus-Levy ritenevano il metabolismo composto di tre elementi: il metabolismo basale (corrispondente alla produzione di calore in riposo e a distanza dai pasti), l'energia necessaria al lavoro muscolare delle 24 ore e il calore prodotto dall'introduzione degli alimenti. Il metabolismo basale è nell'adulto di circa 960 calorie al giorno per metro quadrato di superficie cutanea; esso diminuisce col crescere dell'età ed è alto nell'infanzia. L'energia necessaria per un lavoro leggero era calcolata da von Noorden di 840 calorie e le calorie derivanti dall'alimentazione uguali a 200. il Rubner stabilì poi che solo le proteine hanno la capacità di aumentare sensibilmente il metabolismo ed egli chiamò quest'aumento azione dinamica specifica dell'alimentazione.

Tutt'e tre questi componenti del metabolismo furono ampiamente studiati.

Il metabolismo basale risultò alterato solo in caso di disturbi funzionali della tiroide, mentre scarse modificazioni furono notate nell'anemia grave, nell'ipertonia, nel diabete mellito con acidosi, nella leucemia, ecc. L'aumento fu notato tutte le volte che c'è aumento della temperatura del corpo. Diminuzione invece fu osservata nella denutrizione: nella cachessia pituitaria e pluriglandolare, nel m. di Addison, nella nefrosi (specialmente in quella lipoidea). L'alterazione clinicamente importante fu notata nelle disfunzioni tiroidee: diminuzione nell'ipotiroidismo e aumento nell'ipertiroidismo.

Nell'obesità l'A. ha trovato il metabolismo basale nei limiti normali nel 66 % dei casi, elevato nel 25% e diminuito nel 10 %. E già prima da altri era stato assodato che gli obesi possono avere metabolismo normale. L'A. osservò che gli obesi hanno produzione di calore durante il lavoro muscolare identica a quella dei normali, contrariamente a quanto aveva notato il Gessler. Inoltre gli obesi hanno per lavoro muscolare forzato un aumento di calore superiore e di durata maggiore che i sani. L'azione dinamica specifica dell'alimentazione è invece ridotta negli obesi, meno che in quelli in cui c'è ipofunzione delle gonadi nei quali è normale.

Il Bernhardt volle studiare il metabolismo basale degli obesi mettendoli però in condizioni fisiologiche più vicine a quelle comuni, cioè non tenendoli in riposo assoluto per 24 ore, ma permettendo loro di compiere un po' di moto e alimentandoli con un numero di calorie equivalenti al metabolismo basale di ognuno. Nessuno degli obesi studiati perdette peso durante questo periodo di osservazione di varie settimane, anzi qualcuno aumentò. Il Bernhardt notò anche che prendendo il metabolismo basale diverse volte al giorno a brevi intervalli ci sono alcuni momenti della giornata in cui esso è minore di quello preso la mattina. Questi periodi egli li ha chiamati fasi negative. Queste fasi negative compaiono più facilmente dopo lavoro muscolare lieve e dopo il pasto, come pure durante il sonno. Esse durano più di un'ora per cui l'influenza sull'effetto calorico è notevole. Esse spesso bilanciano perfettamente le fasi positive.

L'osservazione che degli obesi con dieta ridotta conservano il loro peso era stata fatta già da altri e lo stesso von Noorden ne cita

dei casi; ma il fenomeno non era stato analizzato. Il von Noorden aveva concluso che l'obesità non può essere prodotta da modificazioni del metabolismo basale.

Per quanto riguarda il lavoro muscolare il Leven ha riferito la storia di un obeso che aveva venduto la propria automobile per essere costretto a camminare, ma nonostante il cammino quotidiano e la dieta limitata non perdette peso, mentre ne perdette quando, mantenendo invariata la dieta fu sottoposto a cura di un po' di riposo.

Nei normali le fasi negative non esistono se si escludono certe particolari condizioni in cui è richiesto un notevole risparmio di energie, come durante la convalescenza. Il tasso del metabolismo basale non si può più considerare come appropriato; il Bernhardt propone di sostituirlo con una espressione che indichi meglio il metabolismo di tutta la giornata e propone di chiamarlo « metabolismo tipo » (standard metabolism).

Per quanto riguarda l'endocrinologia, non c'è ghiandola a secrezione che non sia stata accusata di provocare l'obesità e precisamente la pituitaria che dà la malattia di Froehlic, la tiroide, il mixedema, il timo, il pancreas, gli organi genitali. Si è anche descritto un tipo di obesità di origine pluriglandolare. Ci sono poi dei casi di obesità in cui non è possibile incolpare nessuna ghiandola endocrina. Comunque un quoziente respiratorio basso permette di prognosticare la possibilità di ridurre l'obesità abbastanza facilmente.

Il ricambio idrico e salino è importante nello studio dell'obesità, però non è vero che l'obesità riconosca necessariamente un fattore idrofilo. In alcuni obesi si ha un'alterazione del ricambio idrico-salino associato a disturbi da ipertensione cerebrale. Questi disturbi scompaiono colla puntura lombare.

Gli obesi con metabolismo elevato, quando l'obesità è di origine cerebrale trovano giovamento con forti dosi di estratti di lobo anteriore d'ipofisi e con piccole dosi di preparati tiroidei.

I disturbi ghiandolari per sè soli non possono dare obesità, perchè si vedono casi in cui il disturbo della funzionalità ghiandolare è notevole, ma non si ha obesità, sebbene si abbia o ipotiroidismo o ipogenitalismo o iperpancreatismo.

La regolazione del peso si compie per opera di un centro nervoso situato nell'ipotalamo, un po' dietro il tuber cinereum.

Perchè l'obesità compaia non basta che siano lese delle ghiandole endocrine, ma occorre che sia leso questo centro, il quale agisce anche nel regolare le obesità parziali.

L'A. fa la seguente classificazione dell'obesità:

1) Obesità da disturbo primitivo della regolazione centrale del metabolismo:

a) disturbi centrali puri (encefalite, tumori, ecc.).

b) disturbi pituitarici puri;

c) disturbi misti.

2) Obesità da disturbo funzionale secondario della regolazione centrale, in cui le cause primitive possono essere:

a) fattori endogeni (fame, sete, attività, alterazioni delle singole ghiandole o pluriglandolari, o disturbi periferici secondo Kraus e v. Bergmann);

b) fattori esogeni (iperalimentazione, inattività muscolare, forme miste).

Per la terapia, in ogni obeso si deve prendere il metabolismo basale.

Se si tratta di un adulto senza complicazioni si dà alimentazione uguale al metabolismo standard, si fa fare leggero lavoro muscolare, si dànno proteine oscillanti fra 0,8 e 1 gr. per chilo di peso, dividendo le altre calorie fra idrati di carbonio e grassi. Non bisogna trascurare nè vitamine nè calcio. Se si devono ridurre le calorie lo si faccia riducendo i grassi.

Se non si può prescrivere una dieta rigorosa, sarà bene dare estratto di lobo anteriore di pituitaria. Le dosi alte di tiroidina sono pericolose. L'uso di estratti ovarici è senza efficacia.

La proteino-terapia può qualche volta giovare.

La roentgen-terapia e la diatermia della pituitaria hanno dato risultati incoraggianti, ma per ora non si può dare un giudizio definitivo in proposito per il piccolo numero di casi studiati.

Il dimagrimento ottenuto colla terapia non deve mai essere troppo rapido.

R. LUSENA.

ORGANI RESPIRATORI.

Polmonite lobare e suo trattamento.

(A. ABRAHAMS. *The Practitioner*, marzo 1931).

L'A. che è medico di un dipartimento militare inglese, e che ha avuto occasione di osservare e di seguire nel loro decorso 558 casi di polmonite lobare, espone in questo articolo i risultati delle sue osservazioni e le idee che sull'argomento gli ha suggerito la pratica di molti anni.

Tutti i 558 pazienti erano in servizio militare attivo: di essi solo due erano di età superiore ai 60 anni e ambedue morirono. Dei 558 paz. ne morirono 61 cioè il 10,9 %. Questa percentuale è piuttosto bassa rispetto a quella della pratica civile che è data del 17,2 al 30 %. Ciò è spiegabile con la giovane età dei pazienti osservati dall'A.

Dei sintomi iniziali il brivido si ebbe nel

70 % e il dolore laterale nel 60 % dei casi. Cefalea e vomito si ebbero frequentemente, ma solo nel 5,5 % dei casi il dolore addominale fu così intenso da far pensare ad una lesione addominale acuta.

I segni fisici definiti ed inequivocabili della polmonite erano presenti nelle prime 24 ore solo nel 2,15 %, mentre circa nell'80 % i segni apparvero entro 4 giorni dall'inizio della malattia.

Anche lo sputo caratteristico era raramente evidente nelle prime 24 ore, ma appariva al 2° o 3° o 4° giorno: in 61 casi poi, (10,9 %) lo sputo emorragico mancava completamente.

La febbre è stata sempre presente, per quanto generalmente non molto alta; importante è l'alterazione del rapporto polso-respiro: nella maggioranza dei casi osservati questo era di 3:1 o 4:1.

La diagnosi differenziale è da porsi specialmente con le affezioni addominali acute: molti casi di polmonite sono descritti, operati con il cliché di « addominali acuti ». L'errore inverso nella diagnosi avviene raramente. Dei 558 casi solo in 31 (5,5 %) si ebbero dolori addominali e di questi 7 furono operati come appendicitici: in tutti questi casi i segni tipici della polmonite apparvero in seguito e per quanto, dice l'A, la laparatomia non sia un mezzo terapeutico raccomandabile nella polmonite, tutti guarirono.

Cefalea notevole si ebbe nel 35,6 % tanto da giustificare in alcuni casi una diagnosi di meningite: la puntura lombare diede immediato sollievo. La meningite pneumococcica si ebbe nell'1 % dei casi con esito mortale.

Delirio imponente si ebbe in 22 casi (4 %).

La terminazione del processo per crisi si ebbe al 7° giorno nel 56,5 % dei casi. L'herpes labialis si ebbe nel 17 % con bassa percentuale di mortalità, confortando l'antica opinione che quando l'herpes è presente la prognosi è più favorevole.

La frequenza delle complicazioni fu molto bassa, se si eccettua l'empiema che si ebbe nel 20,8 %. (L'A. considera come empiema anche una soffusione pleurica che non richiede resezione costale ed è guaribile con una semplice puntura).

La prognosi dipende oltre che dai fattori organici e costituzionali anche dalle complicazioni: negli empiemi si ebbe il 20 % di mortalità, nella polmonite doppia il 30 %, nella meningite il 100 %, la pericardite si ebbe nel 2 % dei casi con la mortalità del 36 %.

L'A. non crede di poter confermare la legge di Gibson che cioè la prognosi è relativamente favorevole quanto più la pressione sanguigna in millimetri di mercurio è più alta che la frequenza del polso: questa regola subirebbe molte eccezioni.

Riguardo alla cura, l'A. è molto scettico: ed i risultati che giornalmente si leggono nella stampa medica ottenuti con nuovi metodi non sono passibili di controllo in quanto spesso sono dovuti a casuali coincidenze. E ciò specialmente a proposito dei vaccini.

È stato detto che di 100 polmonitici 75 guariscono e 15 soccombono, qualunque trattamento si faccia: l'arte del medico deve tendere quindi a salvare gli altri 10.

La somministrazione di alcool è regola tradizionale: il suo uso al principio della malattia non è affatto giustificato, nell'ulteriore decorso della malattia alcuni lo usano come soporifero e calmante, altri come tonico cardiaco (cosa difficile ad ammettersi). Da molti è sconsigliato perchè inibirebbe la produzione di anticorpi.

Riguardo alla somministrazione di ossigeno è ormai stabilito che esso agisce soltanto se somministrato continuamente attraverso un tubo nasale: quindi la somministrazione che se ne fa comunemente serve soltanto a soddisfare l'aspettazione dei parenti.

Fra i tonici cardiaci la digitale ha nella pratica comune il primo posto: il medico pensando che la cosa principale in una polmonite è che il cuore resista alla tossiemia, dà la digitale anche quando non ve ne è bisogno perchè il cuore risponde già del suo meglio all'infezione e non ha bisogno di ulteriori stimoli.

Dixon ha ultimamente sostenuto che la utilità della digitale non dipenda dalla sua azione tonica sul miocardio bensì da un'azione battericida di essa. La stricnina e la canfora non sono più usate comunemente.

L'A. crede che il glucosio sia il solo reale tonico cardiaco, e che la pituitrina sia di efficace aiuto in alcuni stati critici.

Gli ipnotici sono consigliabili perchè è importantissimo procurare il sonno al malato: quindi o morfina o tintura di oppio o altri farmaci analoghi.

La terapia specifica è stata molto strombazzata: dell'optochinina l'A. ha l'esperienza di un unico caso, di un bambino subitamente accecato, per dell'optochinina data durante un attacco di polmonite: e il caso non è unico nella letteratura.

L'iniezione intramuscolare di nucleinato di sodio dovrebbe provocare la crisi, mobilizzando i leucociti.

Le esperienze fatte dall'A. con questo metodo non sono incoraggianti. Dei vaccini e dei sieri l'A. non ha nessuna esperienza.

Si dice, conclude l'A. amaramente, che un medico inglese interrogato in che cosa consistesse il trattamento della polmonite, rispondesse: Fede, speranza e carità: *fede* nella « *vis medicatrix naturae* », *speranza* nell'assenza di complicazioni, *carità* verso coloro che differiscono da noi stessi.

G. La Cava.

Il trattamento degli ascessi e della gangrena polmonare con l'emetina.

(FLIEDERBAUM. *Presse Méd.*, n. 74, 1930).

È stato applicato in 18 casi di gangrena e in 15 d'ascesso con miglioramento marcato in 11 e in 13 casi rispettivamente. Fra questi, 6 casi erano stati già trattati col novarsenobenzolo senza risultato. In 2 casi si ebbe una guarigione clinica completa col soggiorno in una stazione climatica dopo il trattamento emetinico. In 3 casi resistenti all'emetina il novarsenobenzolo, somministrato successivamente, diede la guarigione.

In 4 casi trattati prima con l'emetina e poi col novarsenobenzolo si ebbe la morte con sintomi d'intossicazione grave.

L'emetina è stata somministrata da F. per via intramuscolare in dosi crescenti da 1 a 5-8 centigr., a giorni alterni. Dopo una prima serie di 8-10-12 iniezioni bisogna attendere 2-8 settimane prima d'intraprendere la seconda serie; ma già fin dalle prime iniezioni si ha un netto miglioramento delle condizioni locali e generali: diminuzione dell'espettorato e dei segni fisici, abbassamento della temperatura, miglioramento dello stato generale e della crasi sanguigna. L'emetina per ciò è raccomandabile. G. PACETTO.

Contributo allo studio delle micosi dell'apparato respiratorio nello stadio iniziale.

(L. LAZZARINI. *Clin. Med. Mod.* f. 1, genn. 1931)

La conoscenza delle infezioni micotiche si è notevolmente allargata in questi ultimi tempi, per opera di studi e ricerche cliniche, che ne hanno messo in evidenza l'importanza.

La confusione che regna ancora sui miceti rende un po' restii i medici ad ammettere facilmente delle infezioni micotiche dell'apparato respiratorio o di altri organi, malgrado che le osservazioni si siano notevolmente moltiplicate in questi anni.

Infatti molte forme considerate come tubercolari, ma che non presentavano il fatale decorso di tale malattia, sono state riferite a forme micotiche, dopo un più severo esame clinico e batteriologico. Oggi quindi non si può limitare l'esame dell'espettorato alla sola ricerca del bacillo tubercolare, ma bisogna anche ricercare, col metodo di Gram, se eventualmente vi siano elementi micetici.

Per portare un contributo ad una lesione iniziale polmonare di natura micetica, vien riferito il caso d'una giovane ammalata, di 24 anni, convalescente di morbillo, la quale venne colpita da una febbriciattola a tipo remittente vespertina, associata a fatti bronchiali di molto lieve entità, costituiti da ipofonesi interscapolare sinistra e sibili sottili, espiratorii alla base destra.

Il radiogramma metteva in evidenza strie peribronchitiche, con piccoli nodulini, e lieve diminuzione di trasparenza degli apici, principalmente il sinistro, e un po' anche della base destra.

Questi reperti fecero sospettare una infezione tubercolare, ma il reperto negativo per la ricerca dei bacilli acido-resistenti, e l'assenza d'un vero deperimento organico rese dubbia la diagnosi. In considerazione di ciò, e per la presenza precoce della forma laringo-faringea che difficilmente manca nella micosi dell'apparato respiratorio, fu esaminato l'espettorato col m. Gram, che mise in evidenza forme miceliali; fu anche possibile isolare un micete identificato per una monilia; la diagnosi fu infine confermata dalle prove sierologiche, essendo la sporoagglutinazione col germe isolato positiva 1:200, e la sporoagglutinazione con lo sporotricum Beaurmanni positiva 1:75, 1:100, 1:200.

Stabilita la diagnosi fu applicata la cura jodica, che in questi casi è di notevole efficacia, mercè iniezioni endovenose di fiale da cc. 5 di Noroiodina, associata a tiocolo.

L'importanza del contributo emerge dall'osservazione che in questo caso l'orientamento diagnostico può fra l'altro essere indicato da due fatti: la precocità delle lesioni faringolaringee, e una speciale tinta, che si potrebbe definire sub-cianotica, della pelle della faccia e delle mucose visibile, che scompare con la cura jodica. L. CARUSI.

NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE.

RUDOLF BALINT-STEFAN WEISS. *Gewebsproliferation und Saurebasengleichgewicht*, vol. di pag. 200. J. Springer, Berlin und Wien, 1930.

Nella prefazione di questo volume, l'illustre clinico di Budapest, Barone von Koranyi, ci informa che il primo degli AA. di esso, Balint, direttore della prima Clinica Medica dell'Università di Budapest, è morto alla vigilia di pubblicare i risultati delle sue lunghe e geniali ricerche sul rapporto tra la reazione acido-basica dei tessuti e la loro proliferazione dopo lesioni spontanee o provocate. La regolazione automatica di tale rapporto nell'organismo vivente, è stata dagli AA. indagata con molteplici ricerche e geniali esperienze, dimostrandosi come l'organismo reagisca ad ogni fattore che tenda ad alterare rispettivamente l'acidità e l'alcalinità dei tessuti, e come da tali variazioni siano influenzati i processi normali di guarigione, sia nelle lesioni sperimentali, sia nelle malattie specialmente dipendenti dal sistema simpatico.

Il Balint ha con particolare cura studiato il valore della terapia alcalina nell'ulcera gastrica, dimostrando che la sua benefica influenza non è dovuta alla neutralizzazione dell'ipera-

cidità gastrica, ma bensì allo stimolo che così si porta alla tendenza normale alla guarigione dell'ulcera, influenzando l'ambiente interno dei tessuti.

I meccanismi regolatori del nostro organismo, non solo determinano cioè l'isotermia e l'isotonia, ma anche la *isoionia*, e una delle più importanti espressioni di questa isoionia, è l'equilibrio acido-basico, cioè l'equilibrio nell'organismo tra H- e OH-Ioni, che ha una importanza preponderante per lo stato colloidale dell'albumina.

Gli AA. hanno dimostrato che negli ammalati di ulcere, la reazione del sangue dei tessuti, è più acida che nei normali, e che il prodursi ed il prolungarsi dell'ulcera, stà in relazione coll'evolvere di questa reazione. Come abbiamo già detto, la terapia alcalina non serve in quanto neutralizza l'iperacidità, e difatti essa agisce positivamente anche quando lo stomaco non segrega acidi.

Ogni influenza benefica sulle ulceri che s'induca spontaneamente o attraverso mezzi terapeutici, provoca contemporaneamente una deviazione dell'equilibrio acido-basico dei malati verso l'alcalinità. Si è così che la terapia con atropina, con eteroproteine, coi Raggi X, e d'altra parte le emorragie, la gravidanza, esercitano la loro influenza benefica in quanto modificano verso l'alcalinità la reazione dei tessuti, mentre il lavoro (uno dei maggiori ostacoli alla guarigione dell'ulcera gastrica), ha per conseguenza un aumento dell'acidità dei tessuti.

I fatti dimostrati dagli AA. assumono speciale importanza in rapporto alle moderne ricerche sull'influenza dell'alcalinizzazione e rispettivamente acidificazione dei tessuti, sulla tendenza alla guarigione delle più svariate affezioni chirurgiche o di lesioni provocate sperimentalmente negli animali. Tali ricerche si connettono inoltre con quelle pure interessantissime di Sauerbruch e Herrmannsdörfer sull'influenza della qualità della nutrizione (senza sale e con abbondanti vitamine) in determinate malattie.

Gli AA. hanno studiato sperimentalmente negli animali e negli uomini, l'influenza della reazione attuale sulla fase assimilativa e dissassimilativa dell'infiammazione (cap. 3° e 4°). Notevole lo studio sull'influenza dell'acido carbonico in rapporto alla guarigione delle ferite.

Gli AA. hanno pure considerato l'azione degli H- e OH-Ioni sull'accrescimento dei trapianti dei tessuti ed infine gli effetti delle variazioni dell'equilibrio acido basico sui processi dell'infiammazione tubercolare. Anche in questo campo l'acidità dei tessuti diminuisce la durata della vita degli animali da esperimento, e l'infezione delle ghiandole linfatiche, si dimostra tanto più precoce, quanto maggiore è l'acidità.

Infine gli AA. hanno studiato l'influenza dell'equilibrio acido-basico sulla proliferazione fisiologica dei tessuti (accrescimento e ossificazione), e sulla proliferazione dei tessuti patologici non infiammatori (carcinoma).

Il Capitolo conclusivo (9°) tratta in generale del meccanismo regolatore della reazione dei tessuti, e ciò nelle condizioni più svariate sia fisiologiche (nel sonno, secondo il variare delle stagioni, nella gravidanza), che in condizioni patologiche, (nella febbre, nelle malattie del sistema nervoso, nell'alterazione funzionale delle ghiandole a secrezione interna, di fronte a veleni, a eteroproteine, a cure radianti, nelle malattie da ipertonia del vago, ecc.).

Quest'opera densa di fatti, offre elementi di ordine scientifico-clinico di notevole importanza per i futuri ricercatori sia nel campo della patologia sperimentale che in quello della clinica.

Prof. ETTORE LEVI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden. Abt. V., Teil 8; H. 3. Un vol. in 16° di 227 pagine con figure. Urban e Schwarzenberg, Berlin. Prezzo RM. 12.

In questo fascicolo del noto trattato diretto da Abderhalden, J. Barcroft si occupa della *determinazione dei cambiamenti di volume della milza,* nel campo sperimentale, che si fa con i metodi radiografici, con la determinazione della quantità di sangue che fuoriesce dalla milza ad ogni contrazione e per mezzo dell'ossido di carbonio.

Più ampia trattazione (179 pag. e 59 fig.) è dedicata da R. Weisz all'interessante problema della *determinazione del volume di sangue circolante al minuto nell'uomo.* L'A. espone dapprima le basi scientifiche dei metodi che si usano a tale scopo, basati essenzialmente sulla determinazione dei gas del sangue e ne descrive estesamente le varie e delicate tecniche usate dai diversi autori che si sono occupati dell'argomento.

E. Weisz si occupa dell'*ectoscopia,* cioè della possibilità di riconoscere dall'esterno (opposta alla endoscopia) e facendo soltanto uso della vista, la topografia interna e la patologia degli organi. L'osservazione ectoscopica si limita al tronco ed alla parte posteriore del collo e si fa tenendo conto dei movimenti che si determinano alla superficie della schiena quando si modifica il modo di respirare.

L'A. descrive il modo di procedere per l'osservazione ectoscopica, con cui si potrebbero stabilire la proiezione del diaframma, il limite inferiore degli essudati, fare la diagnosi fra

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

malattie organiche peritoneali e neurosi, ecc. L'A. ha anche scritto sull'argomento un'ampia monografia e tiene in proposito anche dei corsi speciali.

fil.

B. LE BOURDELLÈS e P. SÉDALLIAN. *Précis d'immunologie.* Vol. in-8° di pagg. 920 con 20 fig. e 4 tav. col., rilegato. G. Doin, éd. Paris, 1930. Prezzo Frs. 95.

La prima parte di questo buon trattato è dedicata alla immunologia generale, incominciando con le proprietà microbiche che entrano in azione nell'infezione e nell'immunità naturale; gli AA. vi espongono le diverse teorie sull'immunità e specialmente quella classica dell'immunità specifica, accennando poi ai metodi generali di immunizzazione specifica.

Nella parte speciale gli AA. mostrano le differenze con cui si presentano le malattie infettive dal punto di vista immunitario, raggruppandole in famiglie immunologiche.

Questa parte ha anche interesse pratico, essendovi descritte con chiarezza ed in tutti i particolari le reazioni di immunità ed i procedimenti di immunizzazione artificiale.

La terza parte offre un vasto campo alla mente dello studioso, poichè i fenomeni immunitarii vi sono considerati in tutti gli esseri viventi, nei vertebrati come negli invertebrati, nelle piante e negli stessi microbi.

Questo libro, dall'esposizione completa, precisa, chiara e documentata, sarà letto con grande interesse dal biologo e dal medico.

fil.

L. MOINSON. *Immunité et vaccinothérapie.* Un vol. in-16°, di 98 pagg. Libr. Le François, Paris, 1930.

Sostenitore entusiasta della vaccinoterapia al punto da ritenere che fra una cinquantina d'anni esisteranno soltanto due terapeutiche, l'opo- e la vaccinoterapia, l'A. porta alla conoscenza del pubblico medico le nozioni generali dell'immunità, della vaccinoterapia e dell'anafilassi, con stile molto semplice, volgarizzatore e tale da poter essere agevolmente compreso da qualunque persona colta.

fil.

M. CALDERINI. *I portatori di germi patogeni.* Un vol. in-8° di 211 pag. P. Bestonzo ed. Torino, 1930.

Problema di grande importanza epidemiologica, questo dei portatori di germi infettivi a cui si attribuisce ora tanta parte nella diffusione delle malattie infettive; problema sul quale non era ancora stata pubblicata nessuna monografia in italiano.

Questa del Calderini, che è Batteriologo all'Ufficio municipale di igiene di Torino, si occupa dapprima brevemente del problema in generale, trattando poi le singole malattie e diffondendosi specialmente in riguardo alla difterite, alla tifoide, alla meningite cerebrospinale epidemica.

Vasta coltura e pratico senso di misura rifuggente da esagerazioni più nocive che utili caratterizzano questo libro *fil.*

W. R. HESS. *Die Regulierung der Atmung.* Vol. di pag. 137, con 15 figure. Edit. G. Thieme, Lipsia, 1931.

L'A., direttore dell'Istituto di Fisiologia dell'Università di Zurigo, ha raccolto in questo breve volumetto tutte le conoscenze più moderne sul meccanismo della respirazione e sulle variazioni in dipendenza di varie cause.

I problemi della respirazione impongono lo studio di vari meccanismi di correlazione e in modo speciale del simpatico e del sistema circolatorio; sotto questo punto di vista il libro di oggi completa una pubblicazione precedente dell'A. sulla regolazione del circolo. Numerosi sono i contributi personali e le osservazioni sperimentali. P. VALDONI.

DISCUSSIONI IMPORTANTI.

La chirurgia nei diabetici.

(*Proceedings of Royal Soc. of medicine, Section of Surgery*, febbr. 1931).

G. E. GASK. L'O. ricorda l'opinione dei chirurghi in rapporto con l'intervento nei diabetici, durante il periodo pre-insulinico e cita a tale proposito il parere di Treves (1898) secondo cui il diabete costituisce un grave ostacolo per ogni specie di operazione; l'emorragia o qualsiasi lesione ai vasi è straordinariamente grave in questi malati. Una ferita in un paziente diabetico non ha probabilità di guarire bene ed i tessuti offrono un mezzo favorevole per i germi putrefattivi e piogeni.

Negli ospedali, la presenza del diabete faceva escludere ogni sorta di operazione; per questo, le urine dei pazienti erano accuratamente esaminate in precedenza.

Con l'introduzione dell'insulina, le nostre idee si sono profondamente modificate e noi pratichiamo oggi delle operazioni in diabetici che non ci saremmo mai sognati di fare prima.

La condotta sarà diversa di fronte alle diverse evenienze.

1) In presenza di un'ernia o di un'appendicite nel periodo di quiete, si farà un trattamento adatto, con un'adatta quantità di insulina, e si affronterà l'operazione senza timore.

2) Se si trova la glicosuria in un paziente che deve essere sottoposto ad un'operazione urgente (occlusione intestinale, appendicite acuta), non si deve ritardare l'intervento, ma si

darà una quantità conveniente di insulina e si farà il trattamento antidiabetico dopo l'operazione.

3) In presenza di un diabetico con gangrena di un'arto, l'A., nel periodo preinsulinico, consigliava l'amputazione il più alta possibile; p. es., per una gangrena delle dita dei piedi, l'amputazione al ginocchio.

Con l'introduzione dell'insulina, i pareri si sono modificati; un trattamento appropriato ed associato all'applicazione del caldo e dei raggi può impedire la diffusione della gangrena ed il cambiamento da secca ad umida.

Si dovrà, quindi, istituire al più presto il trattamento insulinico e combattere l'infezione.

In generale, si preferirà l'anestesia locale, ma quando fosse necessaria quella generale, non si deve esitare; se non è sufficiente quella con la miscela di gas-ossigeno, si aggiungerà l'etere od il cloroformio.

G. GRAHAM. Anche nel periodo pre-insulinico, il *noli me tangere* assoluto dei primi tempi si era venuto modificando e non si rifiutava l'intervento nella gangrena.

Certamente, l'insulina ha cambiato totalmente la situazione ed ora è possibile qualsiasi operazione, quando le altre condizioni lo permettano.

Per quanto riguarda i pazienti della prima categoria di Gask (operazioni non indispensabili) è necessario anzitutto assicurarsi se il paziente ha un vero diabete od una semplice glicosuria; soltanto nel primo caso, è necessaria una preparazione mediante la dieta e l'insulina, ciò che può farsi in una settimana. L'O. ritiene che sarebbe di grande utilità la presenza in ogni grande ospedale, di un esperto dietetico per assicurare che i pazienti diabetici avessero la dieta adatta. Prima dell'operazione, si daranno 50 grammi di zucchero e, 30 minuti prima di questi, si daranno 15-20 unità di insulina. Lo zucchero va dato per assicurare una sufficiente quantità di glicogeno nel fegato, specialmente se si usa l'anestesia con l'etere.

Per i casi acuti, se l'operazione è urgente, si farà una determinazione della glicemia, per assicurare la diagnosi di diabete e si daranno 50 grammi di zucchero preceduti dall'iniezione di 25 unità di insulina (50-75 nei casi gravi). Se vi è vomito, lo zucchero si somministrerà per via endovenosa in un mezzo litro di soluzione fisiologica.

Il trattamento successivo si farà dopo dosamento della glicosuria e della glicemia. L'urina va raccolta ogni tre ore circa e si darà o si toglierà l'insulina a seconda che lo zucchero è presente od assente nel campione prelevato 4-6 ore dopo l'insulina.

L'infermiera deve conoscere i segni dell'ipoglicemia, in modo da poter somministrare o dello zucchero per bocca o della pituitrina (1 cmc.) per iniezione.

Per quanto riguarda la gangrena, l'O. ritiene che l'espressione di gangrena diabetica va abbandonata perchè non risponde alle vere condizioni patologiche; il diabete non provoca la gangrena ed è anzi peggiorato da questa. Anche qualunque infezione va combattuta perchè peggiora le condizioni del diabete.

Il trattamento col radio può provocare in individui vecchi la comparsa di glicosuria; perciò, si farà spesso l'analisi dell'urina, usando poi l'insulina, se è necessario.

R. D. LAWRENCE. L'O. ritiene necessaria la distinzione fra gli interventi chirurgici in diabetici e la chirurgia in condizioni provocate (del tutto o parzialmente) dal diabete e fa notare che sono questi ultimi che richiedono particolare considerazione.

Il pericolo maggiore è quello dell'acidosi. Non si può però consigliare un trattamento standardizzato, perchè ogni paziente reagisce in modo diverso; ci si baserà, quindi, specialmente sulle determinazioni della glicemia.

Per quanto riguarda l'anestesia, si deve anzitutto escludere il cloroformio, per la sua azione sul fegato; ricorrere, più che si può all'anestesia locale e dare eventualmente la miscela gas-ossigeno con un minimo di etere.

Il trattamento postoperatorio varia da caso a caso ed anche di ora in ora, od almeno di giorno in giorno. Il paziente va quindi seguito accuratamente.

In presenza di un foruncolo, si deve intervenire subito. Per quanto riguarda la gangrena, l'O. rileva che essa si osserva nei diabetici soltanto quando essi hanno anche arteriosclerosi od altra degenerazione arteriosa. Quando la pulsazione dell'arteria dorsale del piede è buona, non si ha gangrena; quindi, se la circolazione si compie bene, il caso va trattato con i consueti principî chirurgici. Se invece, la pulsazione dell'arteria dorsale del piede non è buona, si farà una radiografia che potrà rivelare una calcificazione. In tal caso, se vi è gangrena secca non bisogna affrettarsi, si farà il trattamento dietetico del diabete e si attenderà; il più spesso, si avrà mummificazione e caduta della parte gangrenata. Se, invece, vi è sepsi che rapidamente si estende e linfangioite, l'arto non può essere salvato e potrà soltanto essere salvata la vita, quindi, amputazione alta e cura del diabete.

Le difficoltà maggiori si hanno nei casi intermedî; praticamente, si può attendere un giorno o due, facendo il trattamento antidiabetico; se la sepsi e l'edema diminuiscono notevolmente, si potrà mettere in opera il trattamento conservativo.

Nel caso di condizioni acute addominali, si deve tener presente che le condizioni possono

essere simulate dalla chetosi diabetica; se si sospetta fondatamente la malattia addominale, si ricorrerà senz'altro all'operazione.

C. A. R. NITCH. Quando il chirurgo non può avere l'assistenza costante del medico e del biochimico deve poter provvedere da sè, tenendo presente quanto segue:

1) Se non vi è urgenza e quando le condizioni del paziente possono essere modificate con la sola dieta, non vi è bisogno che di una piccola dose di insulina prima e dopo l'operazione.

2) Quando la consueta dose di cibo è diminuita in causa del vomito o dopo la gastroenterostomia o la tonsillectomia, la dose d'insulina può essere diminuita (od anche abolita del tutto), purchè l'urina sia aglicosurica.

3) La pituitrina e l'epinefrina neutralizzano talora gli effetti dell'insulina.

4) Nell'emaciazione e nella sepsi, l'effetto dell'insulina può essere così notevole che anche una piccola dose può dare ipoglicemia.

5) L'ipoglicemia può stabilirsi se la dose d'insulina non viene ridotta durante la convalescenza dall'operazione od in causa della sepsi, oppure se è stata asportata una vasta area di sepsi. L'infermiera deve stare attenta per scoprire presto i segni di ipoglicemia, specialmente dopo ogni operazione in cui l'alimentazione è difficile e deve avvisare subito il chirurgo se si presentano sintomi non consueti, quali l'aumento di frequenza del polso, l'inquietudine, il delirio, la mania. In questi casi, si procederà al più presto alla determinazione della glicemia e si darà frattanto del glucosio per bocca.

6) Tenuto conto che le frequenti determinazioni della glicemia risultano incomode per il paziente, si farà ogni 2-4 ore la ricerca dello zucchero nell'urina mediante il reattivo di Benedict, regolandosi come segue: se il colore vira all'arancio, dare 15 unità di insulina; se il colore vira al giallo, dare 10 unità di insulina; se il colore vira al verde, dare 5 unità di insulina; se il colore rimane blu, non dare niente.

Se il paziente è aglicosurico, si daranno 100 cmc. di succo d'arancio. Se vi è ostruzione urinaria, applicare un catetere a permanenza, altrimenti l'orina aglicosurica può sembrare glicosurica per contaminazione con urina residua.

Per il coma od il precoma, non si possono dare delle regole fisse. Il medico, deve fare un trattamento a seconda dei casi; è di estrema importanza un'abbondante somministrazione di liquidi per controbilanciare la rapida disidratazione conseguente all'aumento dei respiri.

Anestesia locale, dove è possibile, altrimenti miscela di gas-ossigeno; gli svantaggi dell'etere sono diversi, fra cui specialmente la tendenza a provocare acidosi. I pericoli possono essere resi minimi con un'adatta somministrazione.

Per quanto riguarda la gangrena, l'O. distingue quella dovuta primariamente all'arteriosclerosi in diabetici e quella nettamente diabetica. Poichè non vi è mai urgenza, si prenderanno dapprima le opportune misure contro il diabete e poi si penserà all'intervento. In caso di forma limitata, si faranno applicazioni di caldo, di sole artificiale e si farà in modo da prevenire la sepsi, badando anche a sollevare le condizioni generali ed a stimolare la circolazione collaterale (manovre di Buerger).

L'intervento operatorio sarà necessario: 1) quando si può ritenere che la stessa gangrena mantenga lo stato diabetico; 2) quando vi è sepsi o dolore molto forte; 3) per la gangrena di uno o più dita dei piedi; 4) quando non è evidente la circolazione collaterale.

L'intervento consisterà: 1) nell'incisione ed il drenaggio per la sepsi; 2) nell'amputazione del dito se la dorsale del piede è aperta e se il piede reagisce alle manovre di Buerger; 3) amputazione alta se la sepsi e la gangrena tendono a diffondersi, se la circolazione collaterale è scarsa, se il dolore è forte e se il diabete si viene aggravando. In qualche caso la allacciatura della vena femorale ha permesso un'amputazione bassa, ma in generale essa deve farsi sopra il ginocchio.

Nella gangrena diabetica, che si ha più spesso nei giovani, l'incisione, il drenaggio ed amputazioni meno generose possono applicarsi, ma se la sepsi e l'infezione locale sono estese o la gangrena tende a diffondersi, si farà senz'altro l'amputazione alta.

O. LEYTON. — Per i casi di gangrena, l'assenza o la presenza del polso all'arteria dorsale del piede non ha grande importanza, tanto che egli ha osservato occasionalmente dei casi di guarigione in individui in cui mancava la pulsazione.

Tutti i casi di gangrena vanno trattati col metodo conservativo. Cura del diabete, mantenendo la glicemia fra 0,08 e 0,15 %. Bagni del piede in soluzione salina ipertonica e, poi, accurata asciugatura con spirito, mantenendolo poi caldo con un piccolo radiatore. Se questo trattamento fallisce, l'O. consiglia di asportare la minor quantità possibile di tessuto gangrenato.

La somministrazione dell'insulina può essere fatta per bocca con una certa efficacia, usando il fosfo-tungstato di insulina bruta, il quale è certamente innocuo se somministrato per brevi periodi.

J. CAMMIDGE. — Molti diabetici, con sepsi ai piedi od in altra parte del corpo, trattati localmente e con iniezioni di insulina, hanno potuto evitare l'intervento chirurgico.

Per le operazioni, in genere, da farsi sui diabetici, egli consiglia di preparare questi non con la sola dieta, ma anche con l'insuli-

na. Per quanto riguarda l'anestesia, i migliori risultati si ottengono con l'avertina e la miscela gas-ossigeno. Prima dell'operazione egli somministra glucosio (eventualmente anche per iniezione endovenosa) ed insulina; dopo, continua per 2-3 giorni a dare 80-100 grammi di carboidrati e la dose corrispondente di insulina. Il miglior metodo per conoscere bene le condizioni del paziente è la determinazione della glicemia, più sicura che quella della glicosuria. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica di Padova.

Seduta del 27 febbraio 1931.

Presidente: Prof. Giovanni Cagnetto.

Lo sviluppo dei germi patogeni sui tessuti morti.

Prof. Giovanni Truffi. — L'O. dimostra che in animali completamente refrattari ad una determinata infezione, è sufficiente determinare la morte di un tessuto od organo per vedere svilupparvisi in cultura pura il germe inoculato, che durante la vita non aveva avuto possibilità alcuna di sviluppo.

Le pollinosi.

Scimone. — L'O. espone i risultati delle osservazioni cliniche e delle ricerche diagnostiche relative a 400 casi di ipersensibilità ai pollini con manifestazioni varie (cutanee, respiratorie, congiuntivali) seguiti per parecchi anni. Illustra quale sia l'andamento particolare di tali forme in Italia e dà notizie sulla flora italiana che più specialmente si dimostra responsabile delle pollinosi.

Bronco-polmonite sperimentale da iniezione endotracheale di acido tannico.

Spanio A. — Con iniezioni intratracheali di soluzione acquosa di acido tannico in dosi opportune l'O. è riuscito a determinare lesioni a tipo bronco-pneumonico nell'apparato respiratorio di conigli. Le lesioni non si possono attribuire alla concentrazione di ione idrogenico nelle soluzioni in quanto non si ottengono con soluzioni acquose di acido solforico allo stesso pH.

Su di un voluminoso leiomioma del colon trasverso.

Brendolan G. — Presenta un *voluminoso tumore* sviluppatosi a carico *del colon trasverso* e dall'O. asportato mediante resezione colica economica.

Influenza della semicarbazide sulla precipitazione del siero di sangue da cloruro mercurico.

Battistoni L. — L'O. dimostra con una serie di esperienze che la semicarbazide, in quantità adatte, impedisce la precipitazione delle proteine del siero di sangue provocata dal cloruro mercurico, a cagione della nota reazione antidotica intercedente tra i due farmaci, per cui si forma un difenilcarbazone di mercurio.

Il Segretario: Prof. G. B. Zanetti.

Associazione Medica Triestina.

Circolo di Coltura del Sind. Fascista Medici.

Riunione scientifica del 16 gennaio 1931.

Presidente: Dott. A. Cofleri.

Su di un caso di calcolosi intraepatica.

Dott. Vittorio Romanin. — L'O. riferisce l'osservazione fatta all'Ospedale « Regina Elena » (III Div. Medica) di un caso di colangite suppurata da calcolosi intraepatica, in cui l'esordio violento con sintomatologia addominale acute e febbre — in paziente che ogni anno veniva colto da attacchi febbrili periodici della durata di pochi giorni — faceva pensare a prima vista ad una forma atipica di malaria estivo-autunnale con sintomi a carico del tratto gastro-enterico, quantunque l'epatomegalia prevalesse sulla splenomegalia e mancassero pure gli altri segni che solitamente costituiscono le manifestazioni concomitanti. Solamente l'esame del sangue — sempre negativo per la ricerca del plasmodium — aveva palesato una cospicua leucopenia, associata però a una formola leucocitaria che, a differenza di quella malarica, dimostrava una relativa polinucleosi con 72 neutrofili e 6 eosinofili. E qui l'ipotesi di un tumore cistico da echinococco si dovette scartare subito per l'esito negativo della puntura esplorativa del fegato e per i reperti, pure negativi, delle varie reazioni specifiche. Ma in un secondo periodo il quadro morboso mutava completamente fisionomia in quanto, mentre scompariva del tutto il dolore, la curva febbrile andava assumendo un andamento piemico con decise intermittenze intercalate tra il brivido e il sudore, tanto da far pensare ad un eventuale processo suppurativo. Però il reperto ematologico non parlava in favore di questa ipotesi; in più — cessata dopo qualche tempo anche la febbre — insorgeva versamento peritoneale e — da ultimo — pure itterizia. Il fegato poi, — dapprima notevolmente aumentato di volume — era, con la presenza di liquido ascitico, appena palpabile e cosparso di noduli più o meno dolenti, di consistenza dura, confluenti in modo da dare quasi l'aspetto di un grosso tumore bernoccoluto. Tutto questo complesso sintomatologico, unito allo stato di cachessia che era andato sempre più accentuandosi, aveva indirizzato la diagnosi verso un sospetto di neoplasma maligno impiantato su di un vecchio processo colecistico.

Il dott. Ferrari presenta i preparati anatomici di un caso di calcolosi intraepatica, di cui il dott. Romanin aveva illustrato i dati clinici.

Il fegato era di volume un po' aumentato, di superficie lievemente granuleggiata con il bordo anteriore un po' ottuso. La cistifellea un po' dilatata conteneva della bile nero-verdastra frammista a masse come fangose grigio-giallastre con qualche piccolo concremento nerastro. Le stesse masse furono trovate nel dotto cistico dilatato sino alla grossezza di un manico di penna e nel dotto coledoco pervio per il dito mignolo. Fatto il solito taglio attraverso il fegato i dotti biliari intraepatici si presentano oltremodo dilatati e ripieni di masse melmose grigio-gialle-brunastre e di concrementi nerastri di forma irregolare, non troppo consistenti, parte piccolissimi, parte più grandi sino a raggiungere il volume di una piccola prugna. Oltre a ciò trovasi nei dotti qua e là anche

del pus giallo-verdastro. Il parenchima del fegato è di colore grigio-verde brunastro e presenta leggero aumento del connettivo. Alla convessità del lobo destro trovasi sotto la capsula un ascesso dell'estensione di una palma di mano, della grossezza di 3 cm. nel mezzo ripieno di pus e comunicante con un focolaio angiocolitico purulento.

Il pancreas era in condizioni normali. Nel cadavere fu trovato inoltre una disseminazione acuta di tubercolosi miliare del peritoneo. Si trattava di un caso tipico di calcolosi intraepatica, reperto notoriamente molto raro. Dopo la presentazione di un caso analogo osservato nel nostro Istituto di Patologia, fatto nel 1926 dall'aiuto dott. Carlo Alberto Lang furono nello stesso Istituto osservati negli anni seguenti con questo complessivamente tre altri casi, che verranno pubblicati dal dott. Marco Goldstein.

Un caso di litiasi del pancreas.

Dott. FERRARI. — Si tratta di un uomo dell'età di 49 anni, bracciante, accolto il 19 aprile 1930 nel II Reparto medico. Dall'anamnesi risulta che ai primi di marzo 1930 cominciò a notare una certa dolenzia ai lombi. Tali dolori divennero più acuti e impacciavano il paziente nella deambulazione; più tardi egli fu preso da dolori ai polpacci, cui si accompagnò astenia degli arti inferiori sicchè la deambulazione riusciva sempre più difficile. All'esame somatico non fu trovato nulla che potesse spiegare i sintomi presentati per cui il paziente venne sottoposto all'esame radiologico, che diede il seguente risultato: « Leggera atrofia delle vertebre lombali e sacrali; alterazioni artritiche delle XI e XII vertebre dorsali. D'ambo i lati del tratto dorso-lombare delle colonne si osservano delle calcificazioni ». Pensando che potesse trattarsi di calcoli renali venne eseguita la prova con l'uroselectan, da cui risultò però che i reni erano perfettamente normali. Dato questo reperto si procedette ad una accurata palpazione dell'addome che diede però risultato del tutto negativo.

Due giorni dopo queste indagini il paziente venne colto da un brivido a cui seguì un brusco rialzo febbrile sino a 39°,1. La temperatura rimase alta, si osservò erpete labiale; ai polmoni si sentirono dei rantoli crepitanti, suono timpanico alla base del polmone destro. Il paziente astemio e soporoso morì il 6 giugno 1930. All'autopsia fu trovato il pancreas trasformato in un sacco trasversale cilindrico della lunghezza di 20 cm. del diametro di circa 2 cm. con la parete ridotta allo spessore di circa 2 mm. Nell'interno fu trovato del liquido sieroso, torbido e una grande quantità di calcoli biancastri friabili, ammassati in due focolai più grandi; uno alla testa e l'altro alla coda del pancreas. Un grosso calcolo otturava lo sbocco del dotto pancreatico nel duodeno. Calcoli più piccoli si trovarono anche lungo tutto il decorso del sacco pancreatico disposti spesso in modo da otturare le diramazioni secondarie del dotto pancreatico.

Al fegato nulla di particolare. La cistifellea normale. Alterazioni artritiche alla colonna vertebrale in corrispondenza del tratto dorso-lombare. Polmonite lobulare diffusa al lobo inferiore destro.

Il dott. PECORARI dell'Istituto radiologico dell'ospedale Civico « Regina Elena », interviene nella discussione del caso « Speranza » per avere eseguito gli esami radiologici. Vennero allora riscontrati due strani accumuli di concrementi ai lati della colonna vertebrale nel suo tratto dorso-lombare. Il raggruppamento di questi concrementi in due agglomerati paramediani portò dapprima il nostro pensiero verso organi simmetrici. I reni però furono subito esclusi per la situazione troppo alta dei concrementi e anche con la pielografia endovenosa. Si finì con il supporre trattarsi di calcificazioni di ghiandole retroperitoneali, paravitiche. Non sicuri di questo strano reperto chiedemmo di nostra iniziativa il parere del prof. Palmieri, docente di Radiologia della R. Università di Bologna, il quale suppose trattarsi di concrementi del pancreas.

Essendo state fatte tutte le possibili indagini radiologiche escluse che dal punto di vista radiologico fosse possibile avvicinarsi vieppiù alla diagnosi, senza una ulteriore collaborazione clinica.

Vennero fatte altre comunicazioni da I. LEVI e E. RINALDI.

Il Segretario: Dott. L. WINTERNITZ.

Società fra i Cultori delle Scienze Mediche e Naturali di Cagliari.

Adunanza del 27 marzo 1931.

Presidenza: Prof. A. BUSINCO.

Sopra un caso di perforazione traumatica dell'intestino.

Prof. G. BENASSI. — L'Oratore riferisce l'esito di un'autopsia per infortunio agricolo, dovuto al cozzo di un montone contro la regione ipogastrica di un uomo trentenne, sano e robusto. I sintomi della perforazione insorsero immediatamente; la morte avvenne in meno di due giorni per peritonite stercoracea. Nessuna traccia del traumatismo nè sulla superficie cutanea, nè sul peritoneo parietale, nè entro i muscoli della parete addominale. In una ansa del tenue, piccola perdita di sostanza, a stampino e a tutto spessore, con lieve infiltrazione emorragica nelle vicinanze; a breve distanza un'ecchimosi rotondeggiante fra le tuniche intestinali. Il resto dell'autopsia è stato completamente negativo.

L'O. discute la patogenesi del caso, e richiamandone altri consimili della sua personale esperienza, si sofferma sull'assenza di segni esterni, che concorre talvolta alla marcata indicazione di un tempestivo intervento.

Il prof. BAGGIO prende parte alla discussione.

Osservazioni sulla grahamella, parassita endoglobulare.

Dott. CERUTTI. — L'O. riferisce sul reperto di parassiti di questo genere nei globuli rossi di una testuggine: ne descrive i caratteri morfologici e tintoriali, i risultati sperimentali d'inoculazione, facendo una chiara sintesi degli studi finora comparsi su questo capitolo di microbiologia.

Alla discussione prendono parte i proff. CASTALDI, ARESU e A. BUSINCO.

Dott. FRONGIA L. — Riferisce *sui primi risultati statistici della inchiesta antropologica sui genitori delle famiglie numerose* in un Comune rurale di Sardegna, raccolti secondo le indicazioni e gli orientamenti della scheda tipo.

Prendono parte alla discussione i proff. BENASSI e CASTALDI.

Il V. Segretario: dott. A. MARRAS.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

NOTE DI TECNICA

LABORATORIO BATTERIOLOGICO MUNICIPALE DI ALESSANDRIA

Importanza della ricerca del bacillo di Koch nel sedimento dell'orina per la diagnosi della tubercolosi in generale.

Dott. GIOVANNI MAROCCO, direttore

Presenza di bacilli di Koch nell'urina è per molti medici sinonimo di tubercolosi renale. Nulla di più inesatto; infatti a chi esamina un grande numero di sedimenti urinari capita non di rado di riscontrare il bacillo di Koch pur essendo l'apparato urinario dell'ammalato perfettamente integro.

È noto che negli individui affetti da un processo tubercolare, qualunque sia la sua sede, si riscontra a periodi una bacillemia specifica, variabile per frequenza, durata ed intensità a seconda della estensione localizzazione e attività del processo medesimo. Conseguentemente in questi casi ha luogo l'eliminazione dei bacilli della tubercolosi attraverso il rene, che può essere anche perfettamente normale. È strano che a questa nozione di patologia generale non si sia dato in clinica il valore che merita. Per mio conto ritengo che, ogni qualvolta il medico sospetta in una forma morbosa non definita la natura tubercolare e anche in caso di febbre criptogenetica, egli debba, per chiarire la diagnosi, procedere alla ricerca del bacillo di Koch nel sedimento dell'urina. All'uopo conviene raccogliere almeno trecento centimetri cubici di urina e lasciarla sedimentare. Il sedimento verrà quindi raccolto e centrifugato. In tal modo, anche se la eliminazione dei bacilli di Koch è molto scarsa, si ottiene più facilmente di metterli in evidenza.

La ricerca dei bacilli di Koch può essere eseguita coi soliti metodi di colorazione, ovvero servendosi di terreni culturali adatti: Petragnani, Hohn ecc. e altresì con la inoculazione alla cavia.

Se la ricerca dei bacilli di Koch riesce positiva, si rende necessario stabilire se esiste tubercolosi dell'apparato urinario. In tal caso oltre alle ricerche cliniche ed endoscopiche converrà praticare un accurato esame microscopico del sedimento. Se si tratta di tubercolosi renale, l'esame microscopico metterà in evidenza una quantità più o meno grande di globuli bianchi i quali presentano speciali deformazioni descritte da Colombino fin dal 1906 e recentemente confermate dalla Clinica del Necker. Tali alterazioni leucocitarie sono dovute ad una grande labilità del protoplasma che si scinde in fini granuli: ne risulta un'alterazione del contorno che diventa irregolare, un assottigliamento del globulo che si riduce talora ad un ombra o assume una consistenza pastosa e si deforma sotto il peso del coprioggetto. Le parti del protoplasma che si staccano dal globulo sotto forma di fine granulazioni restano sospese nell'urina, ragione per cui questa, anche dopo sedimentazione, rimane sempre leggermente torbida.

Anche recentemente in due casi di mia osservazione, l'uno di morbo di Pott iniziale, l'altro di un focolaio tubercolare profondo del polmone, entrambi con apparato urinario controllato integro con tutti gli esami, l'elemento che servì a dirigere la diagnosi fu il reperto di b. di Koch nell'orina, reperto che valse a spingere ad esami clinici e radiologici più minuti e a chiarire la vera essenza del processo patologico.

CONCLUSIONE.

La ricerca del bacillo di Koch nel sedimento dell'urina, anche all'infuori delle malattie delle vie urinarie, rappresenta un mezzo diagnostico di grande importanza che dovrebbe essere largamente usato nella pratica medica, unitamente a quegli altri procedimenti (reazione di Besredka, sensibilità allergica, ecc.) tendenti a mettere in evidenza un processo tubercolare attivo. Per questa ricerca è necessario prelevare l'urina col catetere per eliminare il b. dello smegma che, nel caso di esame batterioscopico, per le sue proprietà di acido-resistenza, non è facile da distinguere dal bacillo di Koch.

RIASSUNTO.

L'A. mette in rilievo la relativa frequenza con la quale il b. di Koch si riscontra nel sedimento dell'orina in tutte le forme tubercolari dell'organismo, e raccomanda di ricorrere a tale ricerca nei casi di difficile diagnosi.

SEMEIOTICA.

La funzione del fegato nei cardiopatici indagata con la curva ammino-acidemica.

Negli scompensi cardiaci il fegato risente dell'alterata funzione cardiaca con una iperemia passiva, che costituisce il fegato da stasi. È evidente che in tali condizioni anche la funzione epatica viene a subire una deviazione. A tale scopo sono state proposte diverse prove per saggiare la funzionalità epatica, ed è stato notato che la funzione biligenetica viene alterata nel senso di una iperbilirubinemia e urobilinuria. La levulosuria alimentare anch'essa mostra una curva patologica; la curva glicemica alimentare presenta un comportamento più alto e più prolungato nei cardiopatici scompensati; anche la prova della lattacidemia dà valori più alti.

E' stato recentemente proposto, per saggiare la funzionalità epatica, il dosaggio degli amminoacidi del sangue ed il loro comportamento dopo una prova di carico.

A tale scopo L. Alzona (*Min. Med.*, n. 51, dic. 1930) ha ricercato la prova di carico con glicocolla in cardiopatici in diverso grado di scompenso, ma con fegato da stasi.

I casi presi in esame sono stati 20: 4 mitralici scompensati; 8 mitralici in periodo di relativo compenso; 7 insufficienze aortiche; 1 miocardio-sclerosi; 1 ectasia aortica.

Dal complesso delle ricerche emerge che l'azione deamminizzatrice del fegato nei cardiopatici varia a seconda della lesione cardiaca valvolare; nelle insufficienze mitraliche, anche se gravemente scompensate, la curva amminoacidemica dà valori che depongono per una non gravemente turbata funzione del fegato; non esiste un costante rapporto tra la gravità dello scompenso e la proprietà deamminizzatrice del fegato; negli aortici luetici anche senza fatti di grave scompenso, più difficilmente avviene la scomparsa della glicocolla dal sangue; infine quanto più antica è la lesione cardiaca, anche se discretamente sopportata, tanto più è lesa la funzione epatica.

L. CARUSI.

L'urea della saliva nella insufficienza renale.

Molti sono gli studi fatti allo scopo di conoscere e di stabilire se esistono rapporti tra la funzionalità renale e quella dell'apparato digerente. Per il fatto che l'urea, sostanza diffusibilissima, è stata rinvenuta in tutti i liquidi organici, nonchè nella saliva, dato il facile modo di avere questo materiale d'esame, si è intravista la possibilità di un nuovo metodo di indagine della funzionalità renale, basato appunto sulla ricerca del tasso ureico nella saliva, tanto più che è stato ancora osservato che la concentrazione ureica salivare corrisponde con sufficiente approssimazione a quella del sangue.

P. Gerli (*L'Ospedale Maggiore*, dicembre 1930) ha studiato in 50 casi il rapporto fra tasso ureico salivare e azotemia ed è pervenuto alle conclusioni seguenti:

1) Il tasso ureico della saliva ottenuta spontaneamente a digiuno presenta valori che nella più parte dei casi sono inferiori a quelli del siero di sangue, in un minor numero di casi corrispondono a quelli sanguigni o li superano appena.

2) Lo stesso parallelismo nei due valori si osserva in nefropazienti, con vario grado di ritenzione delle scorie azotate.

3) Non è stato possibile di mettere in evidenza un'azione vicaria delle ghiandole salivari nella insufficienza renale e neanche quindi di giustificare qualsiasi metodo di cura che si fondi su tale azione vicaria.

4) Il dosaggio del tasso ureico salivare non può sostituire l'azotemia nei casi di insufficienza renale e tutt'al più può servire a dare un'idea approssimativa del grado di questa. Può dunque entrare nella pratica solo come prova di complemento. C. TOSCANO.

Alterazioni provocate dal sodium amytal.

L'impiego del *sodium amytal* quale mezzo di anestesia generale ha indotto Bourne, Bruger e Dreyer (*Surg.*, *Gyn.*, *Obst.*, 1930, volume 51, n. 3, pag. 356) ad uno studio sugli effetti che questo sale (dell'acido isoamiletilbarbiturico) esplica sulla funzione di alcuni organi.

Le conclusioni a cui sono giunti sono che la funzione epatica è pochissimo alterata, e la eliminazione di orina è ridotta meno che dall'etere. Nel sangue c'è un aumento di ioni acidi. Si osserva anche uno stato di idremia e la caduta della temperatura corporea.

P. VALDONI.

CASISTICA.

Due casi di peritonite pneumococcica generalizzata primitiva in adulti.

Darré, L. Laederich, Mamou (*Soc. méd. des hôpit.*, 1930, n. 33) affermano che la affezione in oggetto è molto rara ed in questi ultimi venti anni se ne contano una diecina di casi. I due casi riportati sembrano l'uno calcato sull'altro e fanno risaltare i sintomi che possono avviare alla diagnosi: anzitutto la intensità e la rapidità di alterazione dello stato generale (fatti che mal si accordano con una diagnosi di tossinfezione alimentare); di poi lo stato dell'addome: al contrario della peritonite per es. appendicolare, non si trova mai nella peritonite pneumococcica il piastrone, il ventre ligneo. Tutt'al più, come nei due casi degli AA. una leggera resistenza sottombelicale o iliaca. Il sospetto della natura è anche dato dalla presenza dell'herpes labiale. Ha un valore certo l'esame del sangue quando dimostra una

leucocitosi con polinucleosi. In qualche caso può riuscire utile la emocultura che mostra la setticemia diplococcica: in uno dei due casi degli AA. fu eseguita, ma con risultato negativo.

La cura chirurgica in genere sembra offrire cattivi risultati, se precoce. Uno dei due malati descritti non fu operato e l'esito fu fatale, il secondo fu operato al quinto giorno di malattia e si ebbe la guarigione.

Aiuta la guarigione la sieroterapia antipneumococcica, abbondante: siero sotto cute ed intraperitoneale (dopo il drenaggio).

MONTELEONE.

Contributo clinico allo studio degli ematomi retroperitoneali infetti.

Sturm (*Arch. Klin. Chir.*, vol. 159) riferisce di due casi di ematomi infetti retroperitoneali, che vennero operati con la diagnosi di ileo paralitico. All'intervento eseguito per via laparotomica si mise in evidenza una tumefazione retroperitoneale che, dopo incisione, diede esito a pus e a coaguli. Il cavo ascessuale era formato posteriormente dal rene. I due pazienti guarirono completamente.

L'A. fa risalire l'ematoma a un trauma verificatosi 3, rispettivamente 9 mesi prima. Dopo un intervallo di completo benessere si presentò improvvisamente il quadro dell'affezione che condusse i pazienti all'operazione.

E' difficile di interpretare la genesi della paralisi intestinale.

De Quervain ha ammesso in casi simili una infiltrazione emorragica del tessuto perirenale per cui si stabilirebbe una alterazione di circolo nell'angolo colico corrispondente. In alcuni casi si è ammesso una compressione delle vene mesenteriche. Quasi sempre le cause sono multiple, spesso coesiste una compressione diretta sul colon, uno spostamento meccanico dell'intestino. Lenk spiega la paralisi intestinale come l'effetto di una irritazione riflessa dei nervi splancnici.

L'A. ammette la stessa genesi anche nei casi personali.

P. VALDONI.

Cisti di echinococco della milza.

Oscar Ivanissevich (*Boletin del Instituto de Clinica Quirurgica*) tratta delle cisti di echinococco della milza la cui frequenza, nella clinica del prof. Arce, sarebbe stata di poco superiore al 4 % (10 casi su 240 di cisti di echinococco di diversi organi).

Ammette che una via di penetrazione dell'embrione fino alla milza possa essere quella dei vasi chiliferi, dotto toracico, vena cava superiore, cuore destro, circolo polmonare, cuore sinistro ed infine aorta ed arteria splenica. Quindi passa a parlare della evoluzione, dei sintomi, della diagnosi di queste affezioni soffermandosi particolarmente sulla tecnica del loro trattamento chirurgico. Cita la « *Laparatomia transversa di Arce* », la « *Toracolaparatomia di Nerola* », la « *Toracolaparatomia di Constantini* » la quale implicherebbe la lesione e la sutura della pletora, e presenta una sua modificazione che sarebbe la seguente:

Incisione addominale (come per la laparatomia transversa di Arce) lungo una linea trasversale tangente il bordo inf. costale di sin. Incisione toracica lungo il X spazio intercostale. Giunti nel piano muscolo aponeurotico, incisione di questo lungo la linea di incisione cutanea per la porzione addominale e sfibramento del muscolo grande obliquo; poi divaricamento del m. retto addominale, sezione della cartilagine della decima costola, sezione dei muscoli intercostali lungo il X spazio intercostale, incisione del diaframma, ed in ultimo apertura del peritoneo. Con l'incisione toracica lungo il X spazio intercostale verrebbe evitata l'incisione della pleura.

G. D'AMICO.

TERAPIA.

Il trattamento dell'emorragia cerebrale.

Poichè si tratta in questi casi di accidenti di ipertensione acuta, si dovrà come nell'edema acuto del polmone, fare un copioso salasso di 400-600 cmc. È per questo che la diagnosi fra emorragia e rammollimento cerebrale è di estrema importanza poichè negli ateromatosi in procinto di avere un rammollimento, il salasso è più nocivo che utile.

In caso di emorragia cerebrale, il salasso determina un abbassamento passeggero dell'ipertensione che non tarda però a risalire. Per rinforzare tale azione ipotensiva, si può fare subito un clistere purgativo ed, allo stesso scopo, praticare come consiglia J. A. Chavany (*La Presse médicale*, 28 febbr. 1931) una iniezione endovenosa di acqua bidistillata.

L'uso dell'acetilcolina va fatto con cautela, poichè se essa abbassa leggermente la tensione arteriosa, aumenta pure il calibro delle arterie e può, quindi, favorire la ricomparsa dell'emorragia cerebrale. È dunque più prudente riserbare tale medicamento per il rammollimento cerebrale.

La puntura lombare, oltre all'interesse diagnostico, è utile dal punto di vista terapeutico, agendo da decompressivo e da ipotensore; essa va praticata muovendo il malato meno che sia possibile.

La vescica di ghiaccio a permanenza sulla testa combatte dapprima i fenomeni congestizi e si oppone, in seguito, all'encefalite da vicinanza, che si può sviluppare.

Nei giorni seguenti, se il malato sopravvive, gli si farà ingerire dell'acqua o del latte in una certa quantità poichè, per il fatto di respirare a bocca aperta, si disidrata facilmente, il che porta ad incidenti tossici. La pulizia della boc-

ca si farà frequentemente per evitare ogni complicazione polmonare; si sorveglierà inoltre la regione glutea ed il funzionamento della vescica per impedire la formazione di escare e l'infezione urinaria. Opera di infermiera forse più che di medico, ma necessaria per rendere meno grave la prognosi di questa malattia.

fil.

Il metodo Bordier nel trattamento della paralisi infantile.

Il metodo proposto da Bordier consiste nell'applicare la radioterapia, la diatermia e l'elettroterapia.

I raggi X, specialmente se applicati subito dopo la paralisi, agiscono sulle lesioni infiammatorie nelle quali fanno scomparire la infiltrazione edematosa, l'essudato e le cellule neoformate. Essi inoltre hanno un'azione stimolante sulle cellule nervose che non siano del tutto distrutte. Questa azione, unita a quella che si ha sempre nelle forme cicatriziali e sclerosate, rende utile la radioterapia anche nelle forme già antiche della paralisi.

Le dosi terapeutiche della radioterapia, sia essa semipenetrante, sia profonda, non hanno alcuna azione nociva sul sistema nervoso.

La diatermia possiede un'azione vaso-dilatatrice ed antispasmodica; l'aumento di temperatura nell'interno dei tessuti è durevole. Poichè la ipotermia degli arti paralizzati è prodotta dalla difficoltà della circolazione, attivando questa, si aumenterà la temperatura dei tessuti e si assicurerà altresì una buona nutrizione.

La diatermia va iniziata al tempo stesso della radioterapia.

L'elettroterapia va applicata prima che si produca l'atrofia definitiva, cioè entro due mesi e mezzo a tre mesi, quando si è potuta raggiungere, mediante la radioterapia e la diatermia, una temperatura dell'arto affetto uguale a quella del sano.

Fra le modalità elettroterapeutiche sono particolarmente raccomandabili la corrente faradica, la galvano-faradica, sinusoidale, ondulante, galvanica costante od a variazione brusca. Manuel e F. Arce (*Paris méd.* 15 dic. 1930) applicano specialmente la corrente continua interrotta, che ha il vantaggio di ridurre le reazioni chimiche della pelle.

I risultati migliori si ottengono iniziando il trattamento diatermo-radioterapico al più presto; molto meno buoni sono, invece, se si inizia dopo 1-2 mesi dalla fase acuta.

Il trattamento di Bordier deve essere completo ed associato alle altre terapie.

fil.

La roentgenterapia della siringomielia.

F. Stoppani (*Diario Radiologico*, novembre-dicembre 1930), avendo potuto seguire per molti anni il decorso di infermi di siringomielia trattati con la Roentgenterapia, riassume i risultati ottenuti.

Nella graduazione della sensibilità dei vari tessuti normali all'azione dei raggi X, il tessuto nervoso figura come uno dei più resistenti. La massa encefalica, il midollo ed i nervi periferici possono essere colpiti da forti dosi senza che si abbia a rilevare alcuna lesione organica. Maggiore sensibilità presentano gli elementi vascolari e ciò deve essere tenuto presente nel trattamento roentgenterapico delle affezioni nervose. L'immunità relativa del sistema nervoso all'azione delle irradiazioni non è costante innanzi ad alcune alterazioni patologiche. La gliosi siringomielica per esempio offre una sensibilità molto elevata. La radioterapia arresterebbe la proliferazione della nevroglia favorendo la decompressione delle cellule nervose e permettendo il ristabilirsi delle vie di innervazione. Occorre però ricordare la presenza di un ricco sistema vascolare dovuto ai plessi coroidei i quali vengono ad offrire una resistenza assai limitata. A questa reazione vasale si possono attribuire i disturbi talora osservati dopo intense applicazioni di raggi X. Questi disturbi sono costituiti da cefalee intense, da disturbi nell'equilibrio e crisi jacksoniane.

Se le irradiazioni possono essere efficaci sopra lesioni costituite da elementi giovani, non potremo aspettarci grandi risultati sopra lesioni fibrose; e se è possibile provocare l'arresto della evoluzione della malattia e talora determinare una regressione parziale, non si potrà mai ricostituire quanto è stato distrutto e mai si potrà parlare di una guarigione completa. Maggiori possibilità di successo si hanno nei casi relativamente recenti. Quando l'evoluzione della malattia data già da 8-10 anni, la siringomielia si presenta ribelle ad ogni trattamento.

Su circa 100 casi descritti nella letteratura, il 90 % hanno subìto un notevole miglioramento, l'8 % rimasero stazionari, il 2% non avrebbero risentito alcun miglioramento dal trattamento. I primi sintomi a regredire sono i fenomeni dolorosi e fra questi la sensazione di formicolio che gli infermi accusano alle mani. Queste sensazioni sono anche quelle che più facilmente ricompaiono quando eventualmente si ha una ripresa nella evoluzione della lesione. Successivamente migliora la sensibilità, quantunque la sensibilità termica non riappaia mai completamente.

Le alterazioni motrici sono nettamente modificate e ciò rappresenta un incoraggiamento per il paziente. Bisogna però distinguere le contratture primitive da quelle che sono una conseguenza dell'atrofia muscolare. Mentre le prime possono venire influenzate, le seconde come le gravi alterazioni trofiche non risentono un grande giovamento dalle irradiazioni.

L'uso della roentgenterapia non controin-

dica le cure sussidiarie che anzi saranno utilmente associate.

Nei riguardi della tecnica si possono considerare due metodi principali: l'uno sostenuto da Béclère il quale consiglia di utilizzare una terapia penetrante ma non profonda che impedisca il sorgere di fenomeni dovuti alla compressione, l'altra invece, consigliata dagli AA. tedeschi, che vorrebbero l'uso di una terapia molto intensiva la quale determinerebbe più rapidamente la regressione dei sintomi. L'A. è in genere partigiano dell'uso di dosi di media intensità suddivise in varie sedute a seconda del soggetto e della evoluzione della malattia. Non bisogna limitare l'irradiazione ai segmenti del midollo che appaiono maggiormente colpiti, ma occorre irradiare ampiamente oltre la regione interessata sia verso l'estremità caudale del midollo sia verso quella cefalica. C. TOSCANO.

La stricnina ad alte dosi nei deliri alcoolici.

Il trattamento dei deliri alcoolici si fa oggi mettendo i malati ad un regime senza alcool, in buone condizioni di ambiente, dando loro dei bagni tiepidi quando si può e dei rimedi varii, fra cui il cloralio e l'oppio sono i più usati.

Ph. Pagniez e P. Chaton (*La Presse médicale*, 28 febbr. 1931) si sono trovati molto bene con l'uso della stricnina ad alte dosi. Ogni alcoolista che entra nel loro servizio in stato delirante è sottoposto al trattamento seguente. Uso di fiale di solfato di stricnina ad un mg. per cmc. Iniezioni di 2 cmc. ogni tre ore e, nei casi gravi, ogni due ore, fino ad un totale di 10-16 mg. nelle 24 ore.

Poichè la stricnina è un medicamento che si elimina rapidamente, è utile la somministrazione con iniezioni di piccole dosi ripetute frequentemente, in modo da mantenere costantemente l'organismo sotto la sua azione.

Al malato non si dà altro che dell'acqua o delle tisane in abbondanza. Se l'agitazione non è eccessiva, si può lasciare il malato in libertà nella sua cella, dopo aver levato ogni mobile e lasciato soltanto un materasso sul pavimento. Se l'agitazione è maggiore ed il malato si strappa la camicia e dà colpi sulle pareti, gli si applica la camicia di forza, lasciandolo libero nella cella. Soltanto se l'agitazione è estrema oppure il delirante è affetto da polmonite o da altra malattia acuta, si lega il paziente nel letto.

Il trattamento usato riesce di solito a calmare il malato in 24 ore; allora, scomparse o diminuite le allucinazioni, cessati i sudori, si diminuisce la dose della stricnina ad 8-10 mg. per 24 ore, continuando la diminuzione delle dosi fino a cessazione del medicamento.

Sono stati così trattati, in 6 anni, 42 alcoolisti gravi con successo e senza nessun inconveniente. *fil.*

MEDICINA SCIENTIFICA.

Le variazioni dell'acido lattico del sangue nei vizi cardiaci.

In questi ultimi tempi, le ricerche sulla fisiopatologia dello scompenso cardiaco hanno cambiato rotta e sono state rivolte specialmente allo studio di particolari momenti biochimici extracardiaci, riguardati come causa ed anche come conseguenza dello scompenso. Importante, sotto tale punto di vista è lo studio del ricambio dell'acido lattico, che è da considerarsi come il fulcro dei fenomeni, biochimici della contrazione muscolare e che da Eppinger e dalla sua scuola è stato indicato come il più deviato dal normale nei cardiaci valvolari.

Un contributo notevole al problema è stato portato da M. Bufano e G. Santucci (*Cuore e circolazione*, febbr. 1931) i quali hanno indagato la curva della lattacidemia in cardiaci compensati e non in condizioni normali e dopo l'introduzione endovenosa di lattato di sodio. Rimandiamo per i particolari di tecnica e per le considerazioni generali al lavoro originale, accennando qui solo ai principali risultati ottenuti.

In complesso, l'altezza della lattacidemia e l'anormalità della curva lattacidemica seguono, a un dipresso, la gravità dello scompenso; in alcuni casi, si vede che, migliorando lo stato del paziente, diminuisce la lattacidemia a digiuno e la curva lattacidemica si avvicina al normale.

Secondo gli AA., però, la teoria biochimica dello scompenso, quale è stata formulata da Eppinger, è poco convincente in quanto che non è dimostrato che siano proprio i disturbi del ricambio muscolare dell'acido lattico quelli che provocano lo scompenso, mentre sarebbe questo che provoca quelli. I disturbi primitivi della circolazione capillare dei muscoli, dovuti alla cardiopatia, provocano l'insufficiente resintesi dell'acido lattico, l'iperlattacidemia che, per circolo vizioso, aggrava poi lo scompenso.

L'anormale curva lattacidemica nei cardiaci scompensati è dovuta in parte all'alterato biochimismo muscolare, in parte all'insufficiente apporto di ossigeno per i disturbi della circolazione polmonare, in parte alle lesioni epatiche, sia per la stasi, sia per le malattie pregresse. *fil.*

Sul meccanismo della coagulazione del sangue. Influenza di diversi organi sulla coagulazione in base ai dati ottenuti con cani angiostomizzati.

Ch. Vlados, G. Lavsky e N. Feodorov (*Le Sang*, n. 1, 1931), hanno studiato l'importanza del fegato, dei polmoni, dell'intestino e dei muscoli striati sulla coagulazione del sangue. A tal fine essi hanno eseguito delle analisi del

sangue afferente ed efferente nei vasi seguenti: vena ed arteria femorale, vena porta, vena epatica, seguendo il metodo di London. Il metodo consiste nell'adattare sulle vene profonde delle cannule d'argento, condotte direttamente attraverso le pareti addominali. Dopo 2 o 3 settimane, quando l'animale si è completamente ristabilito, si preleva il sangue per mezzo di lunghi aghi. Si può avere accesso così agli organi interni in condizioni perfettamente fisiologiche.

Dalle ricerche eseguite gli AA. traggono le conclusioni seguenti.

1) L'importanza del fegato nel fenomeno della coagulazione è innegabile.

2) Alcuni organi, come l'intestino, i polmoni, i muscoli, contrariamente al fegato, ma a gradi differenti, si oppongono alla coagulazione.

3) In condizioni fisiologiche, a digiuno, l'intensità della coagulazione varia parallelamente alla velocità di coagulazione.

4) L'alterazione delle piastrine (osservazione della retrazione del coagulo) non indica alcuna deviazione funzionale della norma.

5) Si può constatare una costanza del tempo di coagulazione nei diversi territori vascolari, costanza realizzata dalla regolazione dei differenti organi.

6) La misura della coagulabilità del sangue preso dai vasi periferici (vene), non permette di giudicare sullo stato funzionale del fegato, poichè la coagulabilità del sangue è influenzata dall'azione dei diversi organi (polmoni, muscoli, fegato, ecc).

C. TOSCANO.

POSTA DEGLI ABBONATI

Al dott N. M. abbon. n. 5762:

Per la protesi dentaria:

C. PLATSCHIK. *Primo trattato italiano di Odontotecnica*, Milano, Cogliati, L. 90.

FRITEAU. *Manuel du candidat*, ecc. tome III: *Prothèse dentaire*. L. 81.

ACKERMANN. *Dentures et dentiers complets*. L. 122.

PAPA. *Manuale di protesi dentaria*. L. 20.

Per l'odontoiatria:

SZABO. *Odontoiatria pratica*. L. 130.

PALAZZI. *Trattato di odontoiatria*. 2ª ediz. in ristampa.

DE VECCHIS. *Manuale di odontoiatria e di p. d.* L. 60.

Non esiste traduzione italiana o francese dei due libri indicati.

Per spiegazioni può rivolgersi alla libreria Sormani, Venezia, San Zulian 739.

A. PIPERNO.

VARIA.

I malati dell'Inferno Dantesco.

Come abbiamo annunziato, il dott. Vincenzo Lo Bianco ha tenuto in Roma una conferenza sui malati dell'Inferno dantesco — « La Clinica dell'Inferno » —. L'oratore con rapida sintesi ha rievocato il mondo della prima cantica dantesca, vario di luci e di tenebre infernali, di pene e di dolori crudeli e meravigliosi; e ha richiamato alla memoria i personaggi più importanti e gli episodi che rappresentano meglio le passioni dell'età di Dante; poi, nella decima bolgia, quella dei falsari, ha mostrato la rappresentazione delle più terribili malattie, dalla perniciosa alla febbre tifoide, dalla lebbra alla peste, dalla idropisia alla rabbia, le quali affliggono, per contrappósto, i peccatori. Ed ha illustrato le concezioni scientifiche medievali di queste malattie, e la conoscenza che di esse aveva Dante, che tuttavia, da profondo osservatore del vero, seppe levarsi sui pregiudizi del suo tempo e descrivere, con sicurezza di sintomatologia, i più tremendi morbi nelle loro manifestazioni fisiche e psichiche.

Il Lo Bianco ha trattato questo difficile e vasto tema con dottrina scientifica e cultura letteraria, che furono molto apprezzati dall'uditorio.

Il bilancio di un medico americano.

Secondo un'inchiesta di Walter J. Greenleal, addetto all'Ufficio d'educazione del Dipartimento degli Interni degli Stati Uniti, gli studi medici importano colà una spesa minima di 1000 doll. l'anno (incirca 19.000 lire); un medico appena laureato, installandosi in un piccolo centro, può sperare di guadagnare da 2000 a 5000 dollari; può anche giungere a 8000; uno specialista in una città importante può guadagnare da 8000 a 30.000 dollari (cioè fino ad un massimo di poco superiore a mezzo milione di lire). Si tratta di guadagni modestissimi in confronto di quelli che consentono l'industria, il commercio, la banca e oggi anche le arti e la letteratura ecc., con preparazione molto meno logorante e dispendiosa.

Un record d'interventi chirurgici.

È descritto da R. G. Clements (*Lancet*, 18 ott. 1930): donna di 43 anni, che dal 1916 aveva avuto asportato l'utero (alla Wertheim, per endotelioma cervicale), la cistifellea (per calcolosi) e l'appendice; inoltre aveva subìto una gastro-enterostomia poster. (per ulcera duodenale), una colecistotomia (prima che l'organo fosse asportato), una plastica per fistola vescico-vaginale e due altri interventi sulle vie urinarie (per calcolosi vescicale e per diverticolo vescicale). Finalmente, dal 1° gennaio 1930, per la prima volta dopo 28 anni, è libera da ogni sintoma.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

CONTROVERSIE GIURIDICHE

XV. - Concorso - Mancata valutazione di alcuni titoli - Graduatoria - Preferenza - Invalidità per causa nazionale in via di accertamento - Illegalità.

La Commissione giudicatrice di un concorso (medico condotto) omise di valutare e perfino di elencare *alcuni certificati speciali di perfezionamento*, senza giustificare tale omissione. La V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 21 novembre 1930 n. 649, ha dichiarato illegittima la graduatoria, per questo motivo.

Talvolta è stato ritenuto che la semplice omissione di un titolo non sia senz'altro causa di illegittimità. Ma non vi è contradizione, perchè il Consiglio di Stato, secondo l'indirizzo più recente della sua giurisprudenza, non applica criteri assoluti e rigidi, ma caso per caso, in relazione alla importanza del concorso, al numero dei concorrenti, alla entità del titolo non considerato, giudica se la omissione sia tale da vulnerare il giudizio della Commissione.

Sinteticamente, il criterio direttivo della giurisprudenza si può riassumere così: le Commissioni devono elencare e valutare tutti i titoli; la omissione di alcuni di essi costituisce illegittimità se in relazione alle circostanze del caso e alla importanza degli elementi trascurati, sia tale da vulnerare effettivamente la base del giudizio.

La stessa Commissione graduò *secondo* un concorrente perchè « invalido per la causa nazionale in via di accertamento ». Vi era una condizione di parità di merito; ma fu attribuita una ragione di preferenza per il titolo suddetto, sulla base di un certificato della Commissione medica per le pensioni di guerra, dal quale risultava che il concorrente *era stato proposto* per l'assegnazione della pensione di ottava categoria per la causa nazionale, e il procedimento era in corso.

Ma la determinazione della Commissione è stata dichiarata illegittima dalla V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 21 novembre 1930 n. 649, perchè il certificato esibito non poteva essere considerato che un semplice parere non efficace, e il provvedimento spettava alla competenza del Ministro delle Finanze, sentito l'apposito Comitato di liquidazione. C'era in altri termini una proposta ma non un provvedimento definitivo dal quale risultasse la invalidità per causa nazionale.

È da notare poi, in fatto, che, quando la Commissione approvò la graduatoria e attribuì la preferenza in base al certificato della Commissione medica, era stato emanato il decreto ministeriale il quale aveva escluso che la invalidità dipendesse da un fatto inerente a fini nazionali ed era stata anche pubblicata la decisione che respingeva il ricorso prodotto dall'interessato contro il decreto ministeriale.

La risoluzione del Consiglio di Stato è, in ogni caso, corretta dal punto di vista giuridico. In fatto, poi, trova piena giustificazione, perchè il parere della Commissione non soltanto non era efficace agli effetti della attribuzione del titolo di preferenza, ma non corrispondeva nemmeno alla realtà successivamente accertata.

XVI. - Medico condotto - Sanzioni disciplinari.

Un medico condotto fu licenziato per oltraggio al Podestà. La Giunta Provinciale amministrativa dichiarò eccessiva la sanzione e sostituì al licenziamento la sospensione di un mese. Ricorsero al Consiglio di Stato il Comune e il medico condotto. Il primo per sostenere la legittimità del licenziamento; l'altro perchè riteneva non giustificata la sospensione. La V Sezione, con decisione 9 gennaio 1931 n. 9, considerate tutte le circostanze del caso, ha respinto la tesi dell'uno e dell'altro ricorrente ed ha applicato la sospensione di tre mesi.

XVII. - Modificazione del capitolato - Aumenti periodici - Ricorso - Competenza.

Essendo stato aumentato lo stipendio, il Comune di Castel Santo Elia modificò il capitolato per stabilire che erano assorbiti gli aumenti periodici *già maturati*. (Si trattava in quel caso della levatrice condotta).

La G. P. A. in sede giurisdizionale si dichiarò incompetente a giudicare del ricorso prodotto contro il provvedimento del Podestà. Ma questa risoluzione è stata annullata dal Consiglio di Stato, con decisione 28 novembre 1930 n. 660, perchè la controversia apparteneva alla G. P. A. a norma dell'art. 41° comma del T. U. 26 giugno 1924 n. 1058.

Si poteva dubitare della incompetenza perchè la lesione dell'interesse derivava da un provvedimento che modificava il capitolato ed era soggetto ad approvazione dell'autorità tutoria: quindi, provvedimento non definitivo e impugnabile con ricorso in sede gerarchica. Ma è da notare che l'atto del Podestà sia pure emanato per la riforma del capitolato, ledeva un diritto soggettivo nascente dal rapporto d'impiego e, quindi, ne risultava una controversia per quistione derivante dal rapporto stesso.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, cons. legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

La pratica medica e i mezzi anticoncezionali.

Prof. ALFREDO GISMONDI
della R. Università di Genova.

La quistione della limitazione volontaria delle nascite appassiona oggi come ieri, non bisogna disconoscerlo, la classe medica più di ogni altra categoria di cittadini, poichè appunto alla classe medica è affidata la tutela della pubblica salute ed, insieme, di quel patrimonio morale che rappresenta un elemento almeno altrettanto importante.

È necessario tuttavia confessare che per quanto riguarda il punto di vista strettamente etico, la nostra classe finora ha sfoggiato una specie di agnosticismo soverchiamente comodo, sfuggendo piuttosto alle discussioni che affrontandole, e accettando il fatto delle abitudini invalse senza risalirne ai principî.

Ancora recentemente troviamo un esponente di questa mentalità in uno scritto di Albrecht comparso sul n. 9 della *Münchner medizinische Wochenschrift*, in data 27 febbraio. Nel quale scritto si tratta largamente dei mezzi anticoncezionali che il medico nella sua pratica dovrebbe coscienziosamente suggerire o permettere.

È vero che l'Autore dello scritto comincia col riconoscere che la limitazione volontaria della prole urta contro certi principî religiosi e statali. Ma siccome, afferma poco dopo, nella pratica si fa getto di ogni considerazione teorica, sia essa morale o religiosa, nazionale o sociale, in maniera che il controllo delle nascite nei popoli civilizzati va imponendosi come una vera necessità sociale, così appare necessario che il medico, adattandosi a questa necessità, sia in grado di mettere sul giusto binario (*in die richtigen Bahnem*) la quistione della prevenzione della gravidanza.

Secondo Albrecht ogni medico, anche se vincolato da legami religiosi o politici, dovrebbe riconoscere che il sapere impedire una eventuale gestazione rappresenta un capitolo importante nella profilassi sociale.

Ciò detto, l'Autore passa ad esaminare le *indicazioni* di questo provvedimento. È una indicazione *assoluta* ogni pericolo accertato che possa sopravvenire ad una donna per effetto di una gravidanza. Queste indicazioni corrispondono, sempre secondo l'Albrecht, a quelle medesime che consigliano di interrompere una gravidanza già iniziata: così la tubercolosi polmonare manifesta, i vizi cardiaci scompensati, la tubercolosi renale, la nefrite cronica, le gravi emopatie, le malattie endocrine e del ricambio, le malattie organiche del sistema nervoso centrale, comprese le psicosi delle quali la prognosi viene aggravata dalla gravidanza.

Vi sono poi le indicazioni *relative*, come ad esempio l'avere la donna recentemente sofferto di una grave malattia; l'avere avuto da poco tempo un parto complicato che l'abbia lasciata in precarie condizioni di salute; la tubercolosi anche latente negli ambienti meno agiati; i vizi cardiaci compensati, e tutte le malattie che potrebbero venire aggravate da un'eventuale gestazione.

Infine vi sono le indicazioni di ordine *eugenico*, quando cioè sia possibile trasmettere alla discendenza malattie ereditarie. Per questa considerazione Albrecht allarga questa indicazione a tutte le coppie consanguinee....

Come il Lettore vede, aperta una porticina al neomaltusianesimo, tutto può finire col passare attraverso ad essa, quando se ne abbia la volontà.

Le conseguenze di simili teorie possiamo constatarle non molto lontano da noi.

Il male è che una mentalità simile a quella dello scienziato tedesco è andata a poco a poco diffondendosi nelle masse, e gli effetti cominciano a preoccupare governanti e sociologi. E ho già detto che un po' di colpa spetta al nostro agnosticismo di medici. Dobbiamo confessare con grande sincerità che se fra noi vi sono stati di quelli che hanno fatta propria la teoria della necessità sociale della limitazione delle nascite, coloro per contro che ne sentivano e ne sentono tutta la repugnanza non hanno ancora saputo prendere quella posizione netta che sarebbe stato doveroso.

Appunto per questo io mi permetto di rivolgere una franca parola ai numerosi lettori di questo periodico intorno ad un argomento che, non fosse altro, tocca tanto da vicino la dignità stessa della nostra professione.

***

Nessuno vorrà disconoscere che esistono veramente casi nei quali è consigliabile, non solo, ma doverosa l'astensione dalla gravidanza. Non sarò io certamente a mettere in dubbio che una donna affetta da tubercolosi aperta o da vizio cardiaco in periodo di scompenso, eccetera, non debba esporsi alle conseguenze di una gestazione. Dirò di più, che il dovere di evitarla incombe anche maggiormente all'altro coniuge. Nessun principio religioso urta contro questo dovere; anzi io arrivo a credere che, implicitamente almeno, la carità lo imponga. Carità che è, per chi crede, la maggiore delle virtù.

Ma dove non posso consentire con Albrecht è sui mezzi per cui questa pericolosa gravidanza deve essere evitata. Per noi c'è un mezzo soltanto, ed è la continenza, l'astinenza dai rapporti sessuali. Albrecht mostra di temere che con questa onesta limitazione vengano ad allentarsi i vincoli matrimoniali. Eh no, collega illustre; noi abbiamo del matrimonio un'idea molto più alta, per non dire più santa, di quella che non sia la semplice soddisfazione dell'istinto sessuale, sia pure nobilitata dall'amore coniugale. E non crediamo assolutamente che siano solo questi rapporti quelli che valgano a cementare unioni, che crollano per molte altre e differenti ragioni. La cronaca d'ogni giorno non manca di fornircene lagrimevoli esempi. E poi, mi si consenta, quale dignità possiamo supporre in un uomo il quale non prova un brivido di orrore al solo pensiero di accostarsi alla sua sposa malata, se sa di potere aggravare il male che la travaglia, od anche, se si preoccupa di evitarne le conseguenze, considera quel povero organismo infermo come uno strumento del suo piacere!

Ecco la vera considerazione che il medico coscienzioso deve sapere far fare a chi o per ignoranza o per improntitudine viene a chiedergli dei mezzi anticoncezionali. Poichè se si piegasse ad una tale richiesta, e si facesse consigliere esperto di tali pratiche, non sarebbe in fondo dissimile da chi si piega senza una ripugnanza al mondo alla bassa funzione di mediatore di non leciti piaceri. Non bisogna che dimentichiamo, in nessuna circostanza, che nostra missione è di educare, illuminare, risanare, col diffondere l'igiene del corpo e dello spirito, nè possiamo ottenere l'una a detrimento dell'altra. L'invocare a giustificazione superiori ragioni d'ordine sociale od anche puramente sentimentale potrebbe equivalere nel caso nostro al ricorrere a quelle giustificazioni che si adducono per coonestare in qualche modo l'esistenza di quelle piaghe della nostra umanità che sono le case equivoche.

Del resto basta leggere la minuta descrizione dei vari mezzi enumerati nello scritto di Albrecht per comprendere che il loro impiego deve portare alla dignità del matrimonio ed al mutuo rispetto che si devono i coniugi, compiti ben più gravi che non la pura e semplice astinenza. L'Autore medesimo lo capisce e confessa che tali mezzi riescono ad essere un fattore di disillusione, specialmente fra coniugi di sentimento delicato. Ma, afferma subito (e qui non possiamo affatto seguirlo), i figli numerosi e le ristrettezze hanno un potere di disilludere assai più gravemente! Principio questo della morale più bassamente utilitarista, dalla quale è per fortuna ben lontana la concezione che il nostro buon popolo ha della serietà della vita e dei doveri che l'accompagnano.

***

Albrecht poi, per giustificare in qualche modo la campagna per la limitazione della prole, proclama questa come uno dei migliori mezzi profilattici per reprimere l'aborto provocato. Mi permetto di osservare allo scrittore che questa non è che una vana illusione. Non è da parte di chi ha abbandonata la diritta via segnata da una rigida coscienza morale, e che si è in conseguenza dato a pratiche che umiliano e degradano, che possiamo aspettarci la repugnanza a compiere l'azione delittuosa che è la provocazione dell'aborto. Neppure sapremmo seguirlo su quella via che imbocca così tranquillamente, di *constatare* cioè senza commuoversi, l'allentamento della morale sessuale dei giovani, come se il doloroso fenomeno riguardasse altri pianeti o altri esseri che non fossero i nostri concittadini. Tutt'al più egli arriva a fare appello, nel senso maltusiano, al senso di responsabilità del giovane verso *la giovane compagna (Kamaradin) e di questa verso il figlio illegittimo del quale si deve impedire la nascita.* A parte l'implicita supposizione che si possa fare il male per ottenere il bene, ciò che non è ammissibile, noi dobbiamo disapprovare e condannare un cosiffatto empirismo, che si dispensa dal risalire alle cause fondamentali del grave malanno, come se la diagnosi *causale* non fosse il primo e più stretto dovere del medico.

E noi crediamo invece che è solo risalendo coraggiosamente a queste cause dell'attuale demoralizzazione delle masse, che noi potremo cercare i rimedi e fare opera di risanamento sociale. Ma fra questi rimedi, creda pure il collega Albrecht, non v'è posto per le pratiche anticoncezionali.

Del resto l'autorevole parola che da Roma, *caput mundi*, ha testè echeggiato per tutto l'orbe, ha con sufficiente chiarezza additata ai popoli quale sia in materia matrimoniale la via della salvezza morale e fisica. E già a suo tempo quel potente lievito risanatore della nostra Nazione che è il Fascismo, aveva per bocca di Benito Mussolini lanciato agli Italiani un altro indimenticabile mònito.

Io confido che questi, forti della Fede avita e di una civiltà millenaria, non si lasceranno giammai traviare dalle comode teorie dei falsi profeti, e schivi sempre di ogni edonismo materialista, sapranno costantemente, duramente, e se occorrerà, anche pericolosamente, continuare la buona battaglia per il loro incremento demografico, esponente di sanità morale, e fattore di potenza della Nazione.

Armonizzare l'etica sessuale con le finalità eugeniche o con le immediate necessità sanitarie della madre o della prole non è cosa agevole.

Il problema è ponderoso ed importa solu-

zioni differenti a seconda del punto di vista da cui si parte e degli scopi che si vogliono raggiungere.

In ogni caso è necessario distinguere l'anticoncezionismo generico da quello imposto dal bisogno di evitare una gestazione sicuramente dannosa per la salute della madre o della prole.

Per questo ultimo non vi sono divergenze di opinioni. Discussi sono invece i metodi atti a conseguire lo scopo. L'autore dell'articolo su riportato è per l'astinenza. Ma bisogna anche riconoscere che questa è una virtù più facile a predicare che a praticare.

Cronaca del movimento professionale.

Inquadramento dei medici idrologi.

Per deliberazione della Giunta direttiva della Sez. Tecnica Idroclimatologica del Sindacato Nazionale Fascista dei Medici sarà provveduto all'inquadramento dei medici idrologi nel seguente modo:

Il prof. A. Vinaj procederà all'inquadramento del Piemonte, della Liguria e della Lombardia; il prof. G. Ceresole a quello della Venezia, dell'Emilia e della Romagna; il prof. Gasparro ed il dott Angelucci a quello della Toscana, della Marche, dell'Umbria, dell'Abruzzo e del Lazio; il dott. Botti all'inquadramento di tutta l'Italia Meridionale; il prof. G. Sabatini a quello dell'Italia insulare e delle Colonie.

Gli interessati sono pregati di inviare la loro adesione direttamente ai colleghi incaricati, tenendo presente che nessun nuovo contributo sindacale sarà imposto per l'iscrizione.

Si prega di specificare nella compilazione della domanda, oltre il nome ed il cognome, ed i titoli accademici, anche il Sindacato Provinciale presso il quale il medico è inscritto, la data d'iscrizione eventuale al Partito Fascista, e la mansione coperta presso la Stazione Termale (consulente, direttore, specialista, assistente, cultore).

Le adesioni dovranno essere inviate ai seguenti indirizzi:

Prof. A. Vinaj, Sezione Tecnica Idrologica, Sindacato Provinciale Medico di Milano, via Giulini 2, Milano.

Prof. G. Ceresole, Ospedale Civile di Venezia.

Prof. Gasparro e dott. Angelucci, Sezione Tecnica idroclimatologica, Sindacato Provinciale dei Medici, Corso Vitt. Emanuele 24, Roma.

Dott. Botti Alberto, Sezione Tecnica Idroclimatologica, Sindacato Provinciale dei Medici, piazza S. Giovanni Maggiore 25, Napoli.

Prof. Giuseppe Sabatini, R. Clinica Medica dell'Università di Sassari.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Agrigento. *Amministr. Prov.* — Scad. 8 mag.; Medico di sezione e due medici assistenti nell'Ospedale Psichiatr. Prov.; stip. rispettiv. lire 13.000 e L. 11.000 con aumenti quadriennali di L. 1000 e di L. 800, ridotti del 12 %; vitto ecc.

Alessandria. — Scad. 2 mag.; L. 8000 e 4 quinquenni dec.; riduzione di legge.

Belpasso. — V. Catania. *R. Prefettura.*

Bitonto (*Bari*). — Scad. ore 13 del 31 mag.; età lim. 40 a.; doc. a 3 mesi dal 30 mar.; L. 9500 e 5 quadrienni dec., oltre c.-v., da decurtare.

Brescia. *Municipio*. — A tutto 30 giugno; titoli ed esami; tre posti di medico condotto suburbano; L. 9000 e 5 quadrienni L. 1000, oltre serv. att. L. 1200, trasf. L. 1500, ambulat. L. 800, c.-v.; riduzione 12 %. Rivolgersi Divisione Municipale Sanità.

Castiglione in Teverina (*Viterbo*). — Scad. 4 mag.; per Sermugnano; L. 10.000, da ridurre del 12 %; c.-v.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

Catania. *R. Prefettura.* — Per titoli ed esami. Ufficiale Sanitario per i comuni di S. Cono e Belpasso. Lo stipendio iniziale per S. Cono è di lire 6000 annue; per Belpasso annue L. 7000, al lordo delle ritenute e riduzioni di legge ed è suscettibile di quattro aumenti periodici quinquennali del decimo. Il termine per la presentazione dei documenti scade il 25 maggio. Per altre informazioni rivolgersi alla R. Prefettura di Catania.

Cavallirio (*Novara*). — Per titoli. Stipendio annuo lordo L. 7040. Indennità per bicicletta lire 440; di ambulatorio L. 132 (il tutto già depurato del 12 % di cui il R. D. L. 20-11-1930, N. 1491). Caro viveri, se dovuto, come per legge e fino a conservazione. Aumento del ventesimo ogni biennio per 10 volte. Età massima anni 35, salvo eccezioni di legge. Scadenza 21 giugno. Assunzione in servizio 15 giorni dopo la partecipazione di nomina all'interessato, salvo pena di decadenza. Documenti di rito. Chiarimenti alla Segreteria Comunale.

Colle Brianza (*Como*). — Scad. 31 mag.; lire 8363 e 4 quinquenni dec., oltre L. 753 uff. san., L. 1673 motocicl., L. 753 ambulat.; tassa L. 50.

La Thuile (*Aosta*). — Scad. 30 giu.; L. 9000 e 10 bienni ventesimo, oltre L. 500 uff. san., L. 500 trasp.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

Mantova. *Amministraz. Provinc.* — Medico aiuto del Consorzio Provinc. Antitub.; titoli ed esami; scad. ore 18 del 30 giu.; L. 14.000 e 3 quadrienni dec. oltre L. 3000 serv. att. Sono anche aperti i concorsi ad assistente sanitaria visitatrice, di applicata e d'infermiera.

Merate (*Como*). — Scad. 15 mag.; 2ª cond.; lire 7656 e 4 quinquenni dec.; trasp. L. 616; tassa L. 50,10.

Murlo (*Siena*). — Per Casciano; scad. 28 apr.; L. 8500 e 6 quadrienni dec., oltre L. 3500 vettura; età lim. 35 a.

Novi di Modena (*Modena*). — Scad. 30 giu.; per Rovereto; L. 8000, con detraz. 12 %, aumentabili; c.-v.; per trasp. L. 2000; tassa L. 50,10.

POLA. *R. Prefettura.* — Per titoli ed esami. Ufficiale Sanitario del comune di Pola. Stipendio iniziale L. 14.000 annuali al lordo delle trattenute di legge e soggette alla riduzione del 12 %. Lo stipendio è suscettibile di tre aumenti quadriennali di L. 1000 ciascuno. Supplemento, per servizio attivo, lorde L. 3500 all'anno, più un'annua aggiunta personale di L. 12.000, entrambi non valutabili per la pensione e sottoposti alla riduzione del 12 %. Le domande in carta da bollo da L. 3, corredate dei prescritti documenti, l'elenco dei quali con le altre modalità possono rilevarsi dal bando di concorso da richiedersi all'Ufficio del Medico Provinciale, debbono pervenire all'Ufficio predetto, presso la R. Prefettura di Pola, non oltre il 31 maggio.

POVIGLIO (*Reggio Em.*). — A tutto 30 apr.; 2ª cond.; L. 7040 e 5 quadrienni dec., oltre L. 440-2640 trasp., c.-v., L. 440 ambulat.; addizion. lire 4,40 oltre i 1000 pov.; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 1° feb.

S. CONO. — V. CATANIA. *R. Prefettura.*

SAN MASSIMO (*Campobasso*). — Per titoli. Stipendio annuo lordo L. 5434. Aumenti di L. 543,40 ogni cinque anni e per tre volte. Età minima anni 25, massima 40 salvo eccezioni di legge. Documenti d'uso, oltre il certificato di inscrizione nell'albo dell'Ordine dei Medici. Scadenza 1° giugno. Assunzione servizio entro venti giorni dalla partecipazione sotto pena di decadenza. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale.

SAN VITTORE OLONA (*Milano*). — Scad. 30 apr.; L. 8976 (da ridurre a termine di legge se il nominato sarà celibe) e 5 quadrienni dec., L. 352 bicicl., L. 616 se uff. san.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

TERAMO. *Congregaz. di Carità.* — Un medico di Sezione e un Medico ordinario dell'Ospedale Psichiatrico; rispettiv. L. 10.000 e L. 4000, e due sessenni (del decimo e del dodicesimo); per il primo c.-v.; per il secondo vitto e alloggio; scad. ore 12 del 15 mag.; tassa L. 50; età lim. rispett. a. 35 e 30; doc. a 2 mesi dal 3 apr.

VALLATA (*Avellino*). — Scad. 90 giorni dal 31 mar.; L. 6500 ridotte del 12 % e 3 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

VENEZIA. *Amministraz. dei Manicomi Centrali Veneti di S. Servolo e di S. Clemente.* — Medico di Sezione. Scadenza 27 giugno. (V. prec. N. 14).

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

Concorso « Luigi Sabbatani ».

Per donazione della Casa E. Merck di Darmstadt è bandito un concorso tra gli studiosi italiani sul tema « *Calcio e vitamine - Ricerche scientifiche* »: la Commissione lo intitola al nome di Luigi Sabbatani che, per primo in Italia, ha lasciato lavori fondamentali sul calcio. Il concorso si chiude il 31 dicembre 1932. I lavori dovranno essere originali e portare un nuovo contributo alla conoscenza dell'argomento. I concorrenti dovranno presentarne 5 copie dattilografate, indirizzandole al presidente della Commissione giudicatrice presso l'Istituto della Clinica Medica Generale della R. Università di Milano, via Francesco Sforza, n. 35. Norme consuete. Saranno assegnati 3 premi: 1° di L. 12.000; 2° di L. 5.000; 3° di L. 3.000. L'assegnazione sarà fatta entro il febbraio 1933.

I lavori premiati verranno pubblicati negli Annali Merck, dove verranno anche pubblicati quei lavori che, pur non avendo conseguito il premio, saranno dichiarati dalla Commissione giudicatrice degni di stampa.

Per informazioni eventuali rivolgersi al segretario della Commissione giudicatrice del Concorso « Luigi Sabbatani », prof. Carlo Alberto Crispolti, viale Campania 46, Milano (133).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Hermann Loeschke, di patologia, passa dall'Università di Greifswald a quella di Heidelberg; il prof. Herbert Assmann, di medicina interna, passa dall'Università di Lipsia a quella di Königsberg; il prof. Ernst Edens, di medicina interna, passa dall'Università di Monaco all'Accademia Medica di Düsseldorf.

Il prof. Siebeck, che dirigeva la Policlinica di Bonn, è stato assunto col 1° aprile alla direzione della Clinica medica di Heidelberg.

In seguito a rinunzia del dott. A. H. Roffo, è nominato presidente della Croce Rossa Argentina l'ammiraglio Vicente A. Montes.

Per sostituire il prof. Haberer nella cattedra di chirurgia dell'Accademia Medica di Düsseldorf è stato chiamato da Berlino il prof. Emil Frey.

Il prof. Raúl Novaro è nominato direttore dell'Ospedale Durand di Buenos Aires.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Padova.

Notizie dell'Università.

Giovedì 26 febbraio u. s. nella sala della Gran Guardia gremita di scelto pubblico, per invito dell'Istituto Fascista di Cultura, il prof. Giovanni Cagnetto, direttore dell'Istituto d'Anatomia patologica di questo Ateneo ha tenuta una conferenza sul tema « *G. B. Morgagni principe degli Anatomici* ».

L'O. tratteggia a grandi linee la vita dell'illustre Anatomico forlivese che, addottoratosi in Medicina e Filosofia a soli 19 anni nello studio bolognese, vi ebbe a maestro il Valsalva, il migliore fra gli allievi del Malpighi.

Riferisce poi delle prime pubblicazioni del Morgagni e del suo peregrinare dal 1707 al 1711 tra Padova, Venezia, Forlì, finchè in quest'ultimo anno fu chiamato dai Riformatori dello Studio Padovano alla cattedra di Medicina Teorica in secondo loco, per passare dopo tre anni all'insegnamento dell'Anatomia che continuò a tenere fino alla morte.

Nel Morgagni si ammira uno dei più grandi geni del suo secolo, e nel vagliare la sua figura di scienziato la grandezza non va considerata solamente nei rapporti con l'epoca nella quale visse, poichè il grande studioso, come Leonardo e come Galileo, supera i tempi.

L'O. illustra il Morgagni e come scienziato e come uomo, ed afferma che la vastità e la profondità del suo pensiero non si comprendono totalmente da quanto ne scrissero i biografi ed i commentatori, ma, per farci una giusta idea di questo « medico di grande fama » bisogna penetrare nella sua multiforme sapienza e « saturarci della sua lettura ».

PLF.

NOTIZIE DIVERSE.

6° Congresso Internazionale degli infortuni e delle malattie del lavoro.

Come abbiamo annunziato, si terrà a Ginevra, dal 3 all'8 agosto.

La Cassa Nazionale Infortuni, sotto i cui auspici fu organizzato l'intervento italiano al precedente analogo congresso (Budapest, settembre 1928) ha preso, ora, l'iniziativa di organizzare, debitamente autorizzatane dal Governo, la partecipazione nazionale a questo importantissimo convegno, che è di *natura esclusivamente medica* e che è stato indetto col pieno accordo del Comitato permanente per gli infortuni sul lavoro e della Commissione internazionale permanente per la medicina del lavoro.

I lavori del Congresso sono divisi in due sezioni: l'una riguardante gli infortuni sul lavoro, l'altra le malattie professionali. Saranno però trattate in sedute comuni, nei due primi giorni del Congresso, le questioni all'ordine del giorno attinenti ad entrambe le sezioni.

Le questioni all'ordine del giorno sono le seguenti: A) *Sezioni riunite*: 1) le affezioni cutanee in rapporto col lavoro (Relatori: proff. White, Koelsch, Oppenheim); 2) influenza dello stato anteriore negli esiti degli infortuni e delle malattie del lavoro (Relatori: prof. Tovo, dott. Pometta, prof. Liniger). B) *Sezione infortuni*: 1) i risultati tardivi e l'adattamento nelle lesioni traumatiche del rachide (Relatori: proff. Magnus, Michel, Ackermann, dott. Fauquez); 2) i traumatismi dei vasi sanguigni: arteriti e trombo-flebiti (Relatori: proff. Diez, Imbert, Danis). C) *Sezione malattie professionali*: 1) patologia degli operai del cemento e delle pietre artificiali (Relatori: prof. Jötten, dottori Glibert, Thompson, prof. Agasse-Lafont, dott. Van Bemmel); 2) recettività dell'organismo alle sostanze tossiche usate nell'industria (Relatori: prof. Devoto, dott. Mauro, prof. Teleky, dottori Gelman, Loewy); 3) fatica (Relatori: dott. Atzler, prof. Henderson, dottori Vernon, Teruoka).

La lingua italiana è ufficialmente ammessa al Congresso.

I lavori dei connazionali destinati al Congresso di Ginevra saranno raccolti dagli Uffici del Comitato Italiano i quali ne cureranno la trasmissione al Comitato Centrale Svizzero.

In occasione del Congresso, sarà tenuta nel palazzo dell'Università un'esposizione di radiografie, gessi e fotografie. Il materiale dovrà esser iniviato direttamente a Ginevra (indirizzandolo al dottor Jentzer, rue de l'Université 8). Un elenco del materiale da esporre dovrà tuttavia essere inviato al Comitato Italiano.

Per i soci titolari la quota di iscrizione è di franchi svizzeri 25 e dà diritto ad una copia degli atti del Congresso. Come aderente può iscriversi qualunque persona sia presentata da un titolare, corrispondendo la quota ridotta di franchi svizzeri 10.

Le quote suddette debbono essere versate od inviate alla Direzione Generale della Cassa. In via eccezionale si accetteranno anche versamenti in valuta italiana, in ragione di L. 95 per i titolari e di L. 38 per gli aderenti.

Per il viaggio di andata e per quello di ritorno i Congressisti fruiranno sulle linee ferroviarie italiane dello speciale ribasso del 50 per cento sulla tariffa differenziale ordinaria, secondo le norme che verranno a suo tempo stabilite dall'on. Ministero delle Comunicazioni.

Per qualsiasi eventuale informazione in ordine al Congresso, gli interessati vorranno rivolgersi al Comitato Italiano, presso la Cassa Nazionale Infortuni, piazza Cavour 3, Roma.

1° Congresso Stomatologico Internazionale.

Come abbiamo annunziato, è promosso dalla « Association Stomatologique Internationale » e si svolgerà a Budapest. È posto sotto l'alto patronato di S. A. S. Miklós Horthy, Governatore d'Ungheria, e il patronato del Presidente del Consiglio dei Ministri e dei Ministri della P. I. e delle Previdenze Sociali. La data ne è stata fissata dal 2 al 7 settembre.

Al 28 febbraio erano già annunciate circa 120 comunicazioni di autori d'ogni parte del mondo, fra i quali i maggiori maestri della stomatologia internazionale.

Vi saranno sei relazioni sui seguenti argomenti: profilassi della carie; chirurgia dei mascellari e della faccia; sepsi orale; odontoiatria conservatrice; protesi; odontortopedia.

Professori ordinari dell'Università di Budapest terranno conferenze di apertura delle varie sezioni.

Fra le lingue ammesse ufficialmente al Congresso è l'italiana.

In occasione del Congresso sarà assegnato per la prima volta il premio « Giuseppe Arkövy » istituito dalla Associazione Stomatologica Ungherese per onorare la memoria del grande connazionale, fondatore della moderna stomatologia. Il premio è destinato a quel medico stomatologo di qualsiasi nazionalità, che presenti la migliore opera, sia essa un libro o una dissertazione su argomento stomatologico. Nella Commissione aggiudicatrice del premio l'Italia è rappresentata dal prof. Coen Cagli.

Da parte sua, la Federazione Stomatologica Italiana — che quest'anno ha sospeso la sezione scientifica del suo congresso per favorire quello di Budapest — ha istituito un premio straordinario di L. 2000 da assegnarsi all'autore della migliore comunicazione italiana che sarà fatta al Congresso di Budapest.

Le inscrizioni sono aperte a tutti gli stomatologi, ai dentisti che accettino i principii dell'« Association Stomatologique Internationale » (obbligatorietà del diploma di medico per l'esercizio della odontoiatria e protesi dentaria) ed ai medici generici o specialisti che si interessino alla stomatologia.

Le domande di ammissione per l'Italia devono essere rivolte esclusivamente all'Amministrazione della Federazione Stomatologica Italiana, piazza S. Bernardo, 108-A, Roma (105) accompagnate dalla quota di L. 100, la quale dà diritto a tutte le facilitazioni inerenti al Congresso (viaggi, alloggi, escursioni, festeggiamenti, ecc.) e al volume degli atti. I membri di famiglia dei congressisti pagano la metà e godono degli stessi diritti, fatta eccezione per il volume degli atti.

Adesioni e versamenti possono essere fatti nel modo più spiccio ed economico a mezzo del conto corrente postale del giornale « La Stomatologia » (organo ufficiale della Federaz. Stomat. Italiana), N. 1/2608 Roma.

6° Congresso internazionale di medicina e farmacia militari.

Chi partecipa a questo Congresso — che si svolgerà all'Aja dal 15 al 20 giugno — ed ancora non avesse ricevuto i programmi, la tessera e le norme, può farne richiesta alla segreteria generale, Surinamestraat 3, La Haye, Olanda.

"Pneumothorax artificialis,,

È di imminente pubblicazione il Bollettino per l'anno 1931.

I signori soci sono pregati di rimettere la quota annuale di L. 15, all'Ufficio del Segretario generale: prof. dott. Umberto Carpi, via A. da Giussano 18, Milano (126).

Inoltre i signori soci sono pregati di indicare all'Ufficio del Segretariato: 1) le nuove eventuali pubblicazioni sulla Collassoterapia; 2) i nuovi metodi di tecnica e i nuovi apparati o strumenti concernenti la Collassoterapia; 3) i nomi dei medici e delle istituzioni che praticano il Pneumotorace oppure la Chirurgia polmonare. Tutte queste notizie serviranno per la pubblicazione del Bollettino 1931.

I 1° Congresso nazionale di studi coloniali.

si è svolto, come abbiamo annunziato, negli scorsi giorni a Firenze. In seno alla 6ª Sezione si è tenuto il 4° Congresso nazionale della Società Italiana di Medicina Coloniale.

A Sezioni riunite e nella 6ª Sezione, sono state fatte varie relazioni e comunicazioni di medicina e igiene coloniali. Segnaliamo: prof. Pullè, eziologia e parassitologia delle dissenterie; prof. Izar, terapia delle dissenterie; prof. Zavattari, parassiti vettori di malattie infettive; col. med. Mariotti-Bianchi e prof. Campanacci, tubercolosi; sen. Gabbi, acclimatamento dell'Europeo; gen. med. Rho, malattie cutanee e mezzi più efficaci di profilassi e di cura ecc. (sempre in rapporto alle zone coloniali).

4° Raduno-Congresso nazionale talassoterapico.

Si è pubblicato il programma dettagliato di questo convegno, indetto a Trieste sulla costa istriana dal 24 al 26 aprile; chiederlo all'Ufficio di Segreteria del Comitato esecutivo, Ospedale « Regina Elena », Trieste.

Convegno per l'idrologia italiana.

Nella sede del Sindacato Nazionale dei Medici, si è adunato a Roma, il Consiglio Direttivo dell'« Associazione Italiana di Idrologia, Climatologia e Terapia Fisica », convocato dal prof. A. Valenti dopo le dimissioni dalla presidenza generale del prof. L. Devoto.

Vennero commemorati i proff. V. Ascoli, senatore Queirolo, Cattaneo, Gardenghi, benemeriti della Idrologia Italiana.

L'on. prof. Morelli espresse il proprio pensiero sui problemi generali della idrologia italiana, della quale rilevò l'importanza agli effetti della medicina sociale.

Si trattò dell'organizzazione del prossimo XXII Congresso Nazionale Idrologico, da tenersi a Messina nell'ottobre di quest'anno, sotto la presidenza del prof. G. Izar; e della partecipazione al Congresso Internazionale sul Reumatismo, che si terrà a Roma nell'anno prossimo.

Venne presentato dal dott. Galassi il piano grandioso di una città del Sole (Eliopoli) per raccogliere possibilmente tutti insieme i fanciulli che ogni anno sono richiamati dall'estero in Italia (figli di italiani) per alto provvido volere del Duce.

Alla discussione su questo progetto parteciparono i proff. Casagrandi, Ceserole, Piccinini, Valenti; ed espresse il proprio parere motivato, l'on. prof. Morelli, che si compiacque col dott. Galassi per la bontà dello scopo che egli si propone.

D'intesa con il dott. G. Liebmann vennero stabilite le basi d'una più intima e cordiale collaborazione tra l'antica e benemerita Associazione scientifica e le giovani forze del Sindacato dei medici idrologi.

Corso teorico-pratico di talassoterapia.

Si spedisce a richiesta il programma esecutivo di questo corso, che avrà luogo a Lido di Venezia, presso l'Ospedale al Mare, dal 3 al 10 maggio, sotto la direzione del prof. C. Ceresole, via Dalmazia 11, Lido-Venezia.

Corso di patologia esotica e di parassitologia medica.

Nell'Istituto delle malattie nautiche e tropicali di Amburgo (Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten) verrà tenuto quest'anno un corso dal 5 ottobre al 19 dicembre. Esso comprende conferenze, dimostrazioni ed esercizi pratici sui seguenti soggetti: clinica, etiologia, anatomia pa-

tologica, trasmissione delle malattie esotiche e lotta contro di esse; introduzione allo studio dei protozoi patogeni, dell'elmintologia ed entomologia medica, delle epizoozie e dell'ispezione delle carni; igiene nautica e tropicale. Prospetti particolareggiati dietro richiesta. Il corso sarà tenuto dai proff.: Fülleborn, Giemsa, Martini, Mayer, Mühlens, Nauck, Paschen, Regendanz, Reichenow, Sannemann, Vogel, Weise.

I partecipanti al corso, purchè siano medici approvati, potranno a richiesta sottomettersi ad un esame finale; se lo sosteranno con successo, sarà rimesso loro un diploma.

Si prega d'iscriversi non oltre una settimana prima dell'apertura del corso e d'inviare ogni corrispondenza all'« Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten », Bernhard Nochtstrasse 74, Hamburg 4 (Germania).

Corsi di perfezionamento a Parigi.

Numerosi corsi di perfezionamento hanno luogo durante tutto l'anno presso la Facoltà medica di Parigi. Per informazioni rivolgersi al « Bureau des Relations Médicales avec l'Etranger », Faculté de Médecine, Salle Béclard, Parigi.

La Scuola Medica di New York.

Col 1° luglio prossimo l'Università Columbia si aggregherà la Scuola Medica di perfezionamento con annesso Ospedale, che era sorta nel 1875 come sezione della Scuola Medica Universitaria, ma nel 1882 ne era divenuta indipendente.

In tal modo la Scuola Medica di New York aumenta la propria efficienza.

Commissione sull'allattamento in Inghilterra.

Il periodico « The Lancet » ha nominato una Commissione d'inchiesta sull'allattamento, con lo scopo precipuo d'indagare le cause che determinano la deficienza di nutrici e di avvistare i mezzi atti a rimediarvi. La commissione è presieduta da lord Crawford and Balcarres; segretario onorario ne è sir Squire Sprigge, redattore-capo e proprietario del periodico, assistito dal dott. M. H. Kettle.

La città universitaria di Parigi avrà il suo servizio medico.

La signora Charles-Louis Dreyfus ha donato alla città universitaria di Parigi la somma di tre milioni di franchi, la cui rendita sarà destinata ad assicurare il servizio medico nella città stessa. Una commissione composta del decano della Facoltà medica e dei proff. Léon Bernard, Gosset e R. Duval è stata incaricata di elaborare il programma. Verrà edificato un padiglione medico e si conta che esso sarà approntato entro un anno; ma non vi sarà ospedalizzazione: gli studenti malati ospedalizzabili verranno accolti nelle cliniche dei professori della Facoltà medica.

I dirigenti di una stazione idrotermale condannati.

I medici addetti alla piccola stazione idrotermale di Saint Nectaire in Alvernia (stazione specializzata pel trattamento delle forme morbose albuminuriche), riconobbero che l'acqua, dopo essere stata usata per i bagni, veniva raccolta in un serbatoio, riscaldata e nuovamente utilizzata. Ne derivò uno scandalo, che è sboccato in un'azione giudiziaria, svoltasi in primo tempo al Tribunale di Clermont e poi alla Corte d'Appello di Rion, la quale ha confermato la precedente sentenza. Il direttore ed il figlio, associato nella direzione, sono stati condannati a 3 mesi di prigione e 5000 franchi di multa ed a corrispondere 1000 franchi d'indennizzo a ciascuno dei 67 pazienti querelatisi collettivamente. L'ingegnere che costruì il dispositivo è stato deplorato e condannato a 25 franchi d'ammenda.

Viaggi medici internazionali.

Come ne avevamo dato notizia, per iniziativa della « Société Médicale du Littoral Méditerranéen », presieduta dal dott. Faure, una carovana internazionale di medici ha visitato alcuni centri ospedalieri e clinici dell'alta Italia: Genova, Pavia, Milano, Padova, Venezia, Torino; ovunque è stata cordialmente accolta.

* * *

La « Société Médicale du Littoral Méditerranéen » ha organizzato un viaggio sulle Alpi francesi dal 1° al 13 luglio ed uno alle Cevenne ed ai Pirenei dal 28 agosto al 9 settembre; sono posti rispettivamente sotto i patronati delle Facoltà mediche di Lione e di Montpellier. Per informazioni scrivere alla segreteria, rue Verdi 24, Nizza.

Nuovo metodo di ringiovanimento?

Alla « Società di Medicina » di Parigi il dott. Dartigues, fondatore dell'Unione Medica Latina, reputato chirurgo della bellezza, ha letto una comunicazione del dott. Cavazzi di Bologna, il quale inietta gli ormoni sessuali maschili isolati da animali giovani e sani a individui indeboliti dall'età o dal lavoro.

È noto che l'isolamento di questi ormoni è già stato annunziato da McGee e poi da McGee in collaborazione di Gallagher, Moore e altri, da Loewe e Voss, da Funk in collaborazione di Harrow e Lejwa, da Martins e Rocha - e - Silva, da Dodds, Greenwood e Gallimore e, in Italia, dalle dottoresse Frattini e Maino.

Non se ne erano avuti però azioni di rinvigorimenti, ma solo sui caratteri sessuali secondari.

Per un'intesa franco-tedesca.

Un manifesto firmato da 186 intellettuali francesi — scrittori, artisti e scienziati, tra cui alcune personalità mediche — invita i colleghi tedeschi a compiere azione pacificatrice.

È stato risposto con un altro manifesto, il quale reca 188 firme d'intellettuali tedeschi, che accolgono cordialmente l'invito, ma fanno rilevare come la Germania sia stata posta in condizioni di depressione morale e materiale, il che crea risentimenti difficili a vincere. Invita a collaborare senza riserve per raggiungere un'altissima finalità: la formazione della nuova Europa.

Un medico rimandato a scuola.

Si è svolto a Vienna un processo contro un medico accusato di aver causato la morte di due donne, in seguito a interventi male eseguiti sui genitali interni. Due periti, nominati dal Tribunale, hanno trovato che gl'interventi furono intempestivi, brutali e inidonei, con perforazione dell'utero e di altri organi, numerose lesioni degli organi

prossimiori, strappi ecc. Il medico incolpato si difese dichiarando che aveva appreso la tecnica a Berlino, dove aveva conseguito il diploma. Il dott. Katz, di Vienna, fece una vera requisitoria contro i metodi d'insegnamento adottati a Berlino. Il Tribunale ha sospeso il medico dall'esercizio pratico, finchè non avrà superato nuovamente gli esami presso la Facoltà di Vienna.

In esito a questa sentenza, la « Società tedesca contro il ciarlatanismo » ha intrapreso un'inchiesta, per accertare i nomi degli esaminatori del medico in discussione e denunziarli al ministero della pubblica istruzione, come causa omicidio colposo.

ENRICO MODIGLIANI

Il 2 aprile u. s., a 53 anni, nel pieno della sua attività professionale, moriva in serenità e in piena coscienza della sua fine immatura, il prof. Enrico Modigliani, insigne studioso, valoroso pediatra, filantropo nel senso più eletto della parola.

Alla gloriosa scuola del Concetti, da assistente volontario, raggiunse il grado di aiuto, che mantenne per circa un ventennio. In tale periodo pubblicò importanti lavori sulla specialità, ove si rispecchiano e si integrano il vigore del metodo scientifico, l'acutezza delle indagini, la minuziosa e onesta ricerca del vero. Basti citare il volume sul *Basbeurre* e ricordare di volo le monografie sulla corea infantile, sulla difterite, sul morbillo.

Il Modigliani vinse i concorsi negli Ospedali di Roma e vi tenne il posto di assistente e di aiuto. In tale qualità, diresse per vari anni il Reparto delle malattie contagiose del Policlinico, raccogliendo una larga messe di esperienza e di pratica che mise a profitto della scienza pediatrica, e che culminò con l'originale e ponderoso lavoro sul *Rene nella difterite e nella scarlattina*, il quale gli valse la docenza.

Allo scoppio della guerra, il Modigliani corse in prima linea al proprio dovere di medico e di chirurgo, e potè, con una momentanea sosta come pediatra, mettere a vantaggio dei soldati il suo amore per chi soffre, il suo spirito di dedizione alla Patria, la esperienza acquisita negli Ospedali.

Dopo la guerra, la sua attività si svolse precipuamente in opere filantropiche di assistenza all'infanzia, coadiuvato efficacemente dalla sua consorte.

Furono da lui fondati e diretti gli Ambulatori Nido, prima istituzione del genere in Roma, e l'Albergo per le Madri nubili lattanti.

Pubblicò altri lavori originali sulle vitamine e sulla Cucina Infantile, e altri ancora erano in corso di compilazione.

Da alcuni anni aveva assunto disinteressatamente la direzione del Reparto di Dermatologia Pediatrica presso l'Ospedale di S. Gallicano, con risultati sempre tangibili e talora brillanti.

Il prof. Modigliani riuniva in sè, in una sintesi felice e armonica, la tempra dello studioso, l'integrità dell'animo, la serenità e giovialità dello spirito, e la infinita bontà verso i sofferenti e sopratutto verso il bambino ammalato.

Il Policlinico, a nome dei colleghi e degli estimatori, si inchina alla memoria dell'illustre Estinto, ed invia le più commosse condoglianze alla eletta consorte, ai figli, alla famiglia.

G. DEL VECCHIO.

Indice alfabetico per materie.

V. ASCOLI †, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXVIII | Roma, 27 Aprile 1931 - IX | Num. 17

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI †

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Ospedali Riuniti di Roma - (Ospedale del Littorio).

Tecnica della colecistografia rapida.

Dott. CESARE ANTONUCCI, primario chirurgo
l. docente di Patologia speciale chirurgica nella R. Università di Roma.

Nella mia nota precedente, pubblicata nel numero 1 di questa annata del Policlinico, Sez. pratica, sulla Colecistografia rapida ed epatografia con mezzi di contrasto, dopo aver riferito su alcuni tentativi fatti da altri autori per ottenere delle epatografie con le sostanze opacizzanti di uso comune ho scritto:

«Ho pensato di combinare o associare alla tetraiodo somministrata nelle dosi abituali, una sostanza, che elettivamente e rapidamente si portasse e possibilmente si depositasse per qualche tempo nell'organo epatico, trattenendo in esso una quantità di prodotto opaco sufficiente ad opacizzarlo più che normalmente e quindi a creare, in casi di malattie a sede epatica (cisti, tumori ecc.) delle differenze di opacità utilizzabili a scopo diagnostico.

Anche se non avessi raggiunto tale scopo, probabilmente sarei riuscito per lo meno ad avviare verso il fegato più rapidamente e più completamente il composto opacizzante ed avrei quindi potuto avere delle colecistografie in tempo più breve e forse con concentrazione più intensa che nel metodo di uso comune».

Mentre che per l'epatografia i risultati sono stati finora non probativi, per la colecistografia abbiamo ottenuto una anticipazione grandissima sul tempo abituale.

La prima visibilità della colecisti, col nostro metodo, si è avuta appena *dopo un'ora*, alcune volte *dopo mezz'ora*, dalla iniezione endovenosa.

Considerando che i risultati nel campo della colecistografia erano più sicuri e promettenti che nel campo della epatografia, abbiamo cercato in questa prima serie di ricerche di mettere a punto la tecnica di quella, anzichè di questa.

Qualche particolare della tecnica stessa potrà ancora essere modificato nel corso dei nostri studi; ma le linee generali ormai sono fisse, e crediamo opportuno che altri sperimen-

tatori possano controllare i nostri dati e i nostri risultati.

Come sopra abbiamo ripetuto, non abbiamo ricercato una nuova sostanza opacizzante; ma abbiamo associato al composto comunemente usato, cioè alla tetraiodo nelle dosi abituali, una sostanza che verosimilmente si caricasse della tetraiodo stessa e la portasse nel fegato.

Quale poteva essere questa sostanza?

In un primo tempo, pensammo al *glicogeno*. Ma, poichè la quantità di glicogeno a nostra disposizione era minima, decidemmo di impiegare il *glucosio*, riservandoci di tornare ad esperimentare col glicogeno non appena ce ne sia fornita una quantità sufficiente per una serie di prove.

Sciogliemmo quindi gr. 2-2,50-3 di tetraiodo in 125 cmc. di una soluzione di glucosio al 40 %, iniettando, in definitiva, endovena il quantitativo di tetraiodo più gr. 50 di glucosio.

Abbiamo però ritenuto necessario porre i pazienti, prima della prova, in carenza di idrati di carbonio; e perciò li abbiamo preparati tenendoli per un tempo variabile, da 2 a 7 giorni, a una dieta povera di idrati di carbonio, somministrando loro pasti composti di brodo, uova e carne.

Seguendo questo schema, abbiamo ottenuto nel nostro primo esperimento i radiogrammi già riprodotti nella precedente relazione.

Ad essi corrisponde il seguente protocollo:

CASO I. — Ser. Umb. (10-XII-1930).

Per 5 giorni, dieta povera d'idrati di carbonio.

Ore 8: iniezione endovenosa di cmc. 125 di soluzione glucosata al 40 % (gr. 50 di glucosio) più gr. 2 di Tetraiodo.

1° radiogramma, ore 9: visibilità buona.

2° radiogramma, ore 10: massima concentrazione.

3° radiogramma, ore 11: cistifellea ancora ben visibile.

Pasto di Bronner, ore 11,10.

1° radiogramma, ore 11,25: la cistifellea comincia a contrarsi.

2° radiogramma, ore 11,50: prosegue lo svuotamento normale.

3° radiogramma, ore 12,30: cistifellea notevolmente ridotta.

Il primo esperimento era quindi completamente riuscito, avendo noi ottenuto una buona visibilità dopo un'ora e una massima concentrazione dopo due dall'iniezione.

Erano già delineati i due vantaggi fondamentali del nostro metodo; la precocità e la intensità della visione rispetto al metodo attuale, come si può constatare dai nostri clichès che sono riproduzione esatta dei radiogrammi originali.

In un secondo caso abbreviammo un poco il periodo di preparazione.

CASO II. — Cecc. Fr.

Per 3 giorni dieta speciale.

Radiogramma col metodo diretto: nessuna visibilità della cistifellea.

Ore 10,35: Iniez. endov. Soluz. Glucosio al 40 % (gr. 50 di glucosio) più Tetraiodo gr. 2,50.

1° radiogramma, ore 11,5: visibilità buona.

2° radiogramma, ore 11,50: visibilità buona: la cistifellea non è però completamente iniettata.

3° radiogramma, ore 12,40: cistifellea totalmente iniettata.

4° radiogramma, ore 14: migliore la concentrazione: diminuito il volume della cistifellea.

5° radiogramma, ore 15,45: cistifellea ben riempita, più ridotta nel suo volume.

6° radiogramma, ore 17: colecisti ridotta ancora: ma concentrazione molto buona.

Quindi, con una quantità di poco maggiore di Tetraiodo, si è ottenuta la prima visibilità già solo mezz'ora dopo l'iniezione. Una buona concentrazione si è avuta però, anche qui, solo dopo due ore.

A questo punto, col mio assistente dott. Zappalà, che mi è stato di valido aiuto in tutte queste ricerche, pensammo che potesse giovare (sopratutto ai fini della epatografia) il sollecitare una più rapida e completa utilizzazione del glucosio da parte del fegato.

Ed a questo scopo, nei successivi casi, ricorremmo alla Insulina. « Essa è l'ormone cui è legato il processo di sintesi del glicogeno epatico ». (I. Thannhauser).

CASO III. — Manc. Dom.

Per 4 giorni, a dieta povera d'idrati di carbonio.

Radiogramma col metodo diretto: nessuna visibilità della cistifellea.

Ore 8,30: Iniez. 10 unità d'Insulina.

Ore 10: Iniez. 20 unità d'Insulina.

Ore 10,10: 50 gr. di Glucosio più gr. 2,50 di Tetraiodo, endovena.

1° radiogramma, ore 10,40: nessuna visibilità.

2° radiogramma, ore 11,25: visibilità discreta.

3° radiagramma: 12,45: cistifellea completamente iniettata, di forma allungata.

4° radiogramma, ore 17,15: la cistifellea è ridotta nel suo volume: la concentrazione è ancora buona.

CASO IV. — A. C.

Per 4 giorni, a dieta povera d'idrati di carbonio.

Radiogramma col metodo diretto: nessuna visibilità.

Ore 9,30: Iniez. 10 unità d'Insulina.

Ore 11,15: 1 cgr. di Morfina (questa iniezione fu fatta allo scopo di inibire la secrezione biliare,

pensando che questo potesse giovarci per l'epatografia, che qui del resto non consideriamo).

Ore 11,45: Iniez. endoven. Glucosio gr. 50 più Tetraiodo gr. 2,50.

1° radiogramma, ore 12,30: nessuna visibilità.

2° radiogramma, ore 13,30: poca visibilità.

3° radiogramma, ore 14,30: visibilità maggiore.

4° radiogramma, ore 15,30: opacizzazione e distensione maggiore.

5° radiogramma, ore 18,15: visibilità buona: cistifellea un po' ridotta di volume.

In questo caso la iniezione di morfina (poichè la morfina, oltre che inibire la secrezione biliare, diminuisce, secondo Pavel ecc., in modo manifesto anche la fissazione della tetraiodo nel fegato) e forse anche la relativa precocità della iniezione d'insulina hanno disturbato la rapidità della colecistografia, che è venuta un poco più tardi che negli altri pazienti.

CASO V. — Col. Rod.

Per 5 giorni a dieta speciale.

Radiogramma col metodo diretto: nessuna visibilità.

Ore 8,30: Iniez. 10 unità d'Insulina.

Ore 11: Iniez. endovenosa Glucosio gr. 50 più Tetraiodo gr. 2,50.

1° radiogramma, ore 12,15: cistifellea completamente iniettata, molto distesa.

2° radiogramma, ore 13: massima concentrazione.

3° radiogramma, ore 14: la cistifellea mantiene lo stesso aspetto.

4° radiogramma, ore 15,30: è un po' ridotta.

5° radiogramma, ore 19: cistifellea ancora bene opacizzata, molto ridotta.

Nel caso seguente, per semplificare, iniettammo contemporaneamente al miscuglio Tetraiodo Glucosio anche l'Insulina.

CASO VI. — Cit. Ant.

Per 7 giorni a dieta speciale.

Radiogramma col metodo diretto: nessuna visibilità.

Ore 10,35: Iniez. Glucosio gr. 50 più Tetraiodo gr. 2,50 più Insulina 20 U.

1° radiogramma, ore 11,55: ottima visibilità.

2° radiogramma, ore 12,35: cistifellea completamente opacizzata, molto grande.

3° radiogramma, ore 13,50: cistifellea sempre bene iniettata.

4° radiogramma, ore 16: cistifellea iniettata, ma ridotta notevolmente nel suo volume.

5° radiogramma, ore 17,50: cistifellea scarsamente visibile.

Considerando questi casi nei quali al miscuglio glucosio-tetraiodo è stata aggiunta l'insulina nella dose necessaria alla utilizzazione del quantitativo di glucosio, si nota che si è avuto un qualche vantaggio, ma in definitiva poco importante, nella rapidità della colecistografia. Si nota inoltre un fatto, che nei nostri casi è stato costante, cioè che le cistifellee appaiono, in una certa fase, enormemente ampie, come distese da un rapido e copioso afflusso di bile carica di composto opacizzante.

Se questo dato sarà confermato da risultati consimili, è evidente la sua importanza nel determinare la normalità o meno della parete della cistifellea in esame. Le osservazioni, da noi fin qui fatte, riguardano individui normali, le cui colecisti si lasciarono facilmente distendere dal cospicuo afflusso biliare. *Colecisti malate evidentemente presenteranno immagini ben differenti.*

Da un altro punto di vista, questi risultati colecistografici aprono nuovi campi di studio sull'azione dell'insulina sulla secrezione ed escrezione biliare.

Occupati finora nel determinare i particolari tecnici del metodo, abbiamo in un primo tempo tenuto a non occuparci che dei risultati del metodo stesso in individui normali. Tali son quelli di cui abbiamo riferito.

Ma possiamo qui anche dare i risultati del l'esame praticato in una malata affetta da cisti di echinococco del fegato.

CASO VII. — Gall. F.

Per 2 giorni a dieta povera d'idrati di carbonio.

Radiogramma col metodo diretto: nessuna visibilità della cistifellea.

12-XII-30, ore 12: Iniez. Insulina 6 U.; ore 18: Iniez. Insulina 10 U.; Glicemia 0,87.

13-XII-30, ore 11: Iniez. Insulina 10 U. Sintomi lievi d'ipoglicemia.

Ore 11,20. Iniez. endovenosa. Glucosio gr. 50 + Tetraiodo gr. 2,50.

1° radiogramma, ore 11,45: nessuna visibilità.

2° radiogramma, ore 11,55: cistifellea scarsamente iniettata.

3° radiogramma, ore 12,55: ancora scarsamente iniettata.

4° radiogramma, ore 14,10: completamente iniettata.

5° radiogramma, ore 15,30: l'iniezione comincia a diminuire.

6° radiogramma, ore 16,30: ancora bene opacizzata.

7° radiogramma, ore 17,30: la cistifellea per quanto ridotta nel suo volume è ancora bene opacizzata.

Questa osservazione di un caso patologico è interessante per la curva di eliminazione che si potrebbe considerare paradossale. Mentre infatti la prima visibilità è precocissima, —

CASO V.

1° Dopo 1 ora e 15': cistifellea completamente iniettata, distesa.

2° Dopo 2 ore: massima concentrazione.

3° Dopo 4 ore e 30': cistifellea un po' ridotta.

4° Dopo 8 ore: cistifellea ancora bene opacizzata, molto ridotta.

CASO VI.

1° Dopo 1 ora e 20': ottima visibilità.

2° Dopo 2 ore: cistifellea completamente opacizzata, molto grande.

3° Dopo 5 ore e 25': cistifellea iniettata, ma ridotta notevolmente nel suo volume.

4° Dopo 6 ore e 15': cistifellea scarsamente visibile.

mezz'ora dopo la iniezione endovenosa —, la concentrazione massima è più tardiva che nei casi normali. Infatti la iniezione completa si ha alle ore 14,10, cioè dopo ore 4,50' dalla iniezione endovenosa, fatta alle ore 11,20.

Non siamo autorizzati a trarre conclusioni da un caso isolato; ma possiamo dire che questa curva di visibilità sembra indicare una certa sensibilità del metodo se applicato allo studio della funzione epatica.

Ritornando alla questione tecnica, noi ci siamo preoccupati di un ultimo particolare.

Nella nota precedente si diceva: « Abbiamo veduto che l'optimum (colecistogramma dopo 1/2 ora, un'ora dalla iniezione endovenosa) si ha quando si associa la preparazione accurata dell'individuo alla iniezione della sostanza da noi composta ».

Ora ci è sembrato che, pur riconoscendo al metodo i vantaggi della sua sensibilità, molti avrebbero potuto obiettare che la lunghezza del necessario periodo di preparazione, dal punto di vista pratico, sarebbe venuta ad annullare il vantaggio della rapidità con cui dopo l'iniezione endovenosa si ottiene la colecistografia.

Perciò abbiamo, nei nostri esperimenti, abolito il periodo di preparazione.

Non obblighiamo più il paziente alla dieta povera di idrati di carbonio.

Tutt'al più gli consigliamo di stare digiuno nella notte e nel mattino precedente all'esame.

Ed iniettiamo per via endovenosa, contemporaneamente, Glucosio gr. 50 + Insulina 25 U + Tetraiodo gr. 2,50-3,.

Secondo questo schema abbiamo ottenuto i radiogrammi del

CASO VIII. — Nov. Ar.

Metodo diretto: nessuna visibilità.

Iniez. endov. Glucosio gr. 50 + Tetraiodo gr. 2 + Insulina 25 U.

1° radiogramma, dopo un'ora: buona visibilità.

2° radiogramma, dopo ore 1 1/2: visibilità più accentuata, distensione massima.

3° radiogramma, dopo ore 2 1/2: massima concentrazione.

4° radiogramma, dopo ore 3 1/2: poco visibile.

Concludendo, due sono gli schemi secondo i quali si può attuare il metodo.

1) Dieta povera di Idrati di carbonio (brodo, uova, carne) per 3-4 giorni prima della prova.

Iniezione endovenosa di cmc. 125 di Soluzione glucosata al 40 % (cioè gr. 50 di Glucosio) + gr. 2-2,50-3 di Tetraiodo.

Risultati negli individui normali: Principio della visibilità dopo 1 ora: massima visibilità dopo 2 ore.

2) Iniezione endovenosa di cmc. 125 di Soluzione glucosata al 40 % (cioè gr. 50 di glucosio + Insulina 25 U + Tetraiodo gr. 2-2,50-3. (Nessuna preparazione del malato).

Risultati negli individui normali: principio della visibilità dopo mezz'ora: massima concentrazione dopo due ore: distensione notevole della colecisti.

***

E' inutile descrivere diffusamente la manualità della iniezione endovenosa, che si può praticare pungendo la vena con un ago comune da iniezione e raccordando l'ago stesso con un piccolo apparecchio da ipodermoclisi tipo Montenovesi, nel quale si sia posto il miscuglio tetraiodo + insulina + soluzione glucosata.

Noi, per ragioni contingenti, abbiamo per lo più fatta la iniezione endovenosa con una comune siringa da cmc. 20, iniettando prima la tetraiodo in soluzione come abitualmente, poi la soluzione glucosata ed infine l'insulina.

Questa maniera d'iniettare è poco comoda, per il fatto, che è necessario avere a disposizione due siringhe, che un assistente deve porgere riempite all'operatore.

Ma, facendo in tal modo, abbiamo potuto trarre la seguente considerazione, che ci sembra interessante.

L'assunzione della tetraiodo da parte del glucosio, quando si segue questa tecnica di somministrazione dissociata dalle tre sostanze, avviene nell'organismo stesso, *nel sangue*. Questo rilievo è importante in quanto può contribuire a chiarire il meccanismo probabile col quale la tetraiodo, anche nel metodo generalmente finora usato, è avviata al fegato.

Se, nel metodo di Graham, la massima concentrazione si ha così tardivamente in paragone col nostro metodo, ciò deve forse attribuirsi al fatto che nel metodo originale la tetraiodo trova nel sangue poco glucosio, mentre, nel nostro metodo, noi, aumentando improvvisamente il tasso glicemico, forniamo alla tetraiodo stessa una quantita ingente di glucosio sul quale può fissarsi e dal quale può essere trasportata nel fegato.

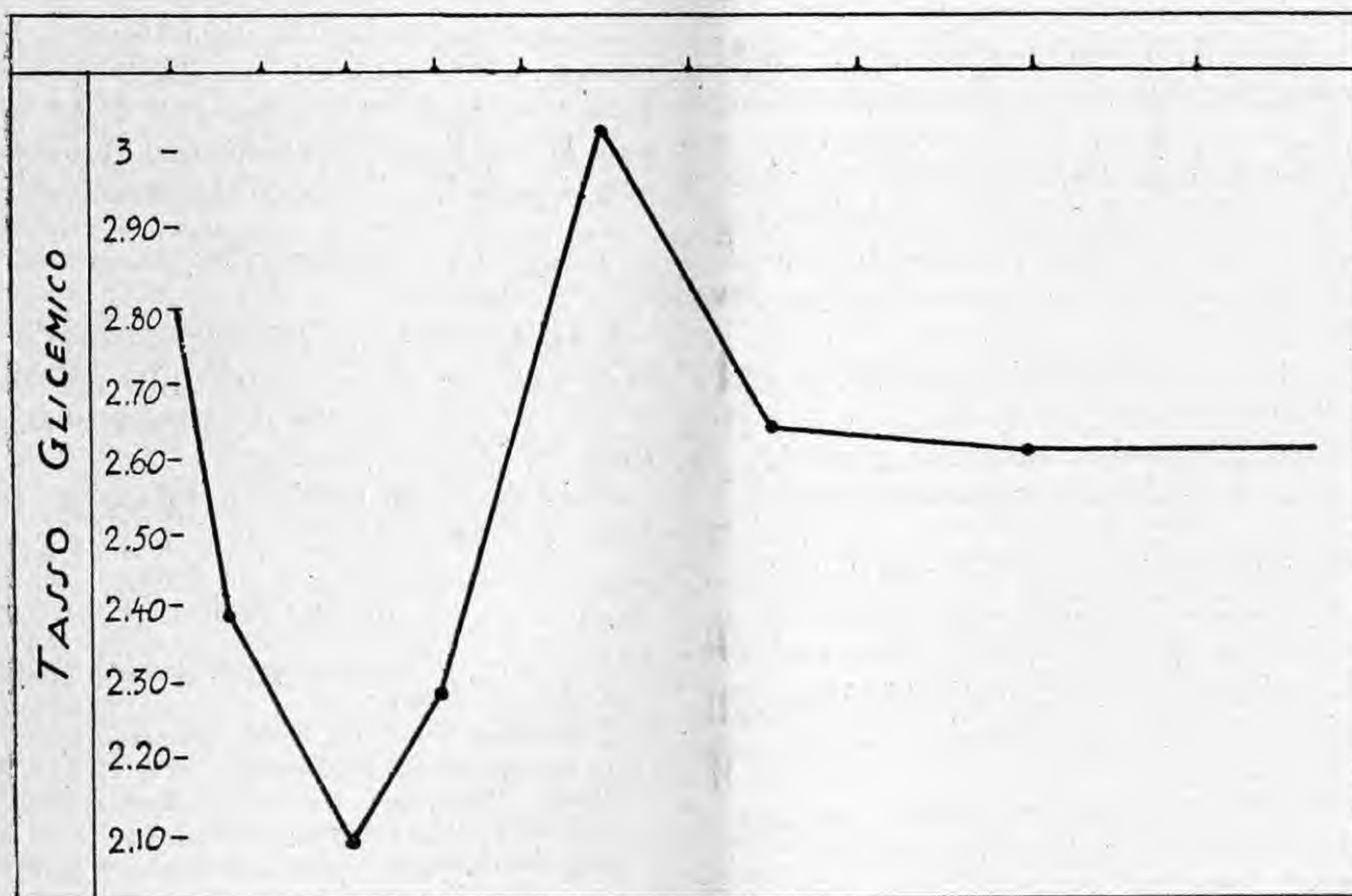
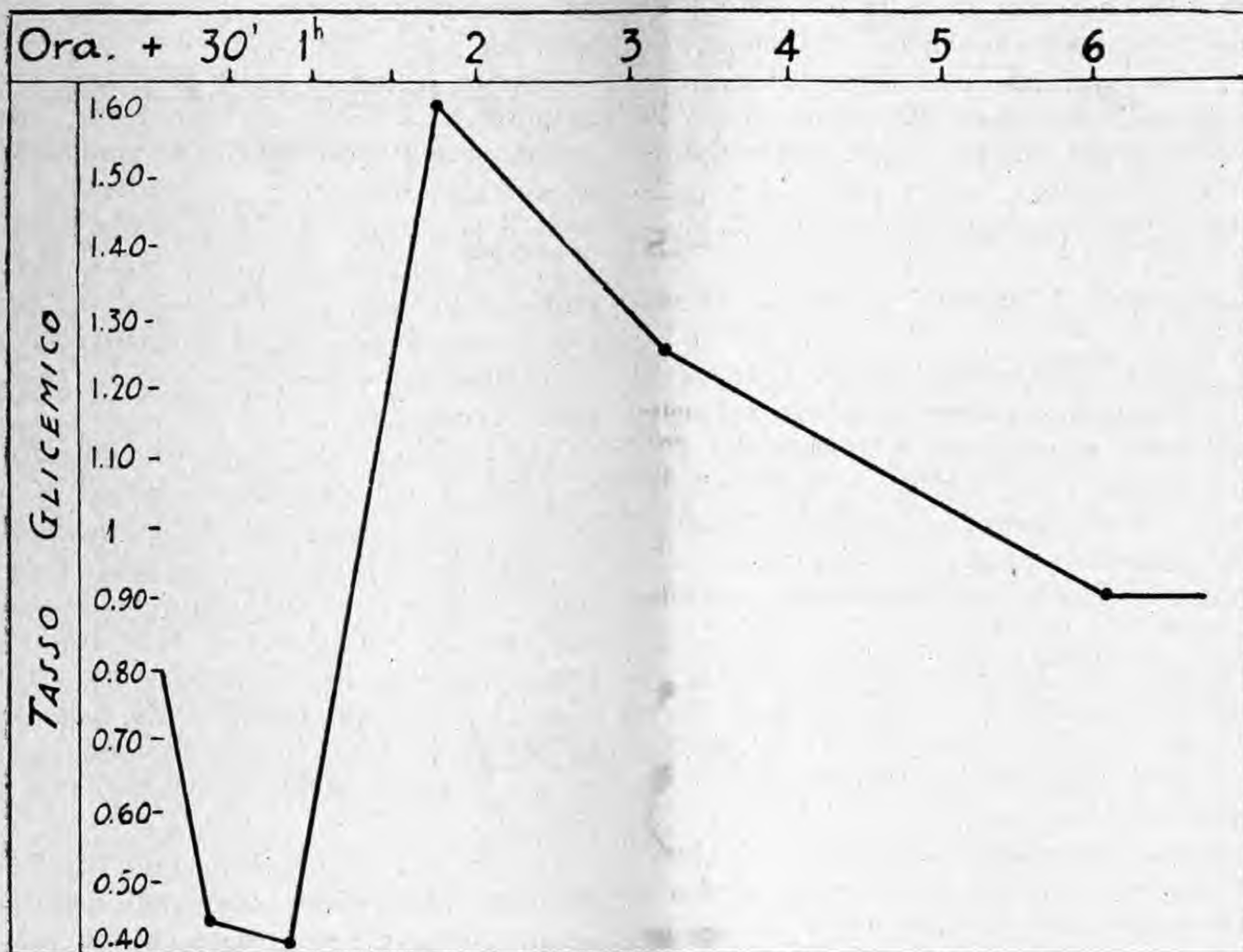
Zappalà ha studiato il comportamento della curva glicemica dopo iniezione di sola tetraiodo.

CASO VIII.

1° Metodo diretto: nessuna visibilità della cistifellea.

2° Dopo 1 ora e 30': visibilità accentuata; distensione massima.

3° Dopo 2 ore e 30': massima concentrazione.

4° Dopo 3 ore e 30': poco visibile.

Egli ha notato il seguente fatto di grande interesse. In individui sani, la tetraiodo provoca un rapidissimo abbassarsi del tasso glicemico, che raggiunge un valore minimo dopo un'ora dalla iniezione. Ma, subito dopo, la glicemia progressivamente risale, per raggiungere, alla 2ª ora circa, valori superiori a quello iniziale: poi ridiscende lentamente alla norma.

Lo stesso tipo di curva si è ottenuto in un diabetico.

Si potrebbe interpretare questo fatto pensando che la presenza della tetraiodo nel sangue determini un afflusso in questo del glicogeno contenuto nei tessuti e specialmente nel fegato. Il glicogeno nel sangue è trasformato in glucosio: questo si carica di tetraiodo e torna ad essere utilizzato dalla cellula epatica.

Quale che sia, ad ogni modo, l'interpretazione del fatto, resta acquisita, anche da queste ricerche, oltre che dai risultati del nostro metodo, la importanza del glucosio nella utilizzazione della tetraiodo.

La riprova, di quanto asseriamo, ci viene data da un fatto che ha il valore di un esperimento.

Noi abbiamo fatto una iniezione di sola tetraiodo, come nel metodo Graham, nel diabetico, del quale appunto abbiamo riportata la curva glicemica: ed abbiamo preso i colecistogrammi precocemente, come nel nostro metodo.

Abbiamo in esso ottenuta la prima visibilità della cistifellea dopo poco più di un'ora; e la curva della visibilità si è svolta come negli individui normali trattati col nostro metodo.

Il che dimostra come sia appunto la iperglicemia improvvisa e immediata, che noi determiniamo iniettando i 50 gr. di glucosio, la causa della precocità dei colecistogrammi positivi.

Questo nostro rilievo dà ancora la spiegazione plausibile di un fatto già notato da altri ma non spiegato. Talvolta, anche col metodo di Graham, si sono avuti colecistogrammi positivi precoci, per esempio alla 4ª ora dalla iniezione.

È probabile, secondo noi, che in questi casi si sia trattato di individui a glicemia alta.

Tornando alla tecnica, può ammettersi che qualche modificazione potrà ancora ad essa arrecarsi: potrà forse diminuirsi la quantità di glucosio e correlativamente d'insulina da iniettarsi: potrà forse, a scopo di epatografia, aumentarsi la quantità di tetraiodo. Ma le linee fondamentali sono ormai quelle sopra fissate.

Sembra infine di poter affermare che i radiogrammi a *scopo di epatografia* debbano prendersi nel breve spazio di tempo (1/2 ora, 1 ora) che intercorre fra l'iniezione endovenosa e la prima colecistografia positiva.

È bene, chiudendo questa nota, richiamare l'attenzione degli sperimentatori sul fatto che per questa nostra prova permangono le stesse indicazioni e controindicazioni che per la prova classica.

Anzi, siccome allo scopo di realizzare l'epatografia, si potrebbe essere tentati di aumentare le dosi della tetraiodo, come hanno fatto nei loro esperimenti sui cani Pavel, Milcoux e Tanasesco, è opportuno sollevare il dubbio che gli effetti tossici della tetraiodo nel nostro metodo, in cui la sostanza arriva e si cumula nel fegato rapidamente, possano essere più accentuati che nel metodo classico in cui la sostanza arriva nel fegato con grande lentezza.

Con le dosi da noi adoperate (da 2-3 gr.) i disturbi (sudorazione, senso di debolezza generale, vertigini) sono pochi e non più accentuati che nel modo comune di somministrazione; ma la cosa potrebbe essere diversa ove si aumentassero le dosi di tetraiodo. Sarebbe ottimo provvedimento studiare sperimentalmente se e quanto l'associazione del glucosio con la tetraiodo influisca nell'aumentare gli effetti tossici della tetraiodo stessa (1).

RIASSUNTO.

L'A. ha ottenuto delle colecistografie precoci associando alle tetraiodo una soluzione di glucosio e talvolta una dose opportuna d'insulina.

Riferisce sulla tecnica e sui primi risultati negli individui sani.

BIBLIOGRAFIA.

1. EINHORN. *L'hépatographie.* Presse Méd., 1927, n. 79, p. 1191.
2. EINHORN e STEWART. *Ueber Hepatographie.* Arch. f. Verdauungskrankheiten, 1927, t. XLI, p. 173.
3. PAVEL, MILCOUX e TANASESCO. *Recherches expérimentales sur l'Hépatographie.* Arch. de Mal. de l'Appareil Digestif, etc. Tome XX, n. 8, oct. 1930.

---

(1) Il lavoro radiologico è stato eseguito dai dott. Zappalà e Lupacciolu, nell'Istituto di Radiografia dell'Ospedale del Littorio, diretto dal prof. Busi, che cordialmente ringrazio.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Policlinico « Remigia Gianturco » - Potenza

Cancrena gassosa e siero-terapia.

Dott. Consuelo Luccioni, aiuto.

La cancrena gassosa, fatale destino di molti feriti di guerra, nella pratica civile è ritenuta di solito come una complicanza morbosa rara.

Essa, appunto perchè non sempre prevista, quando già si è manifestata con il suo quadro impressionante ed inesorabile e con le sinistre caratteristiche della rapida diffusione, il più delle volte non è dominabile con i semplici sbrigliamenti multipli ed ampi; con gli interventi demolitori, sia pure precoci; con tutti i mezzi e sistemi di disinfezione e cauterizzazione che l'esperienza della guerra ci ha insegnato.

Nelle forme iniziali come in quelle in cui il processo si diffonde e si estende con rapidità, all'atto operativo bisogna sempre associare la siero-terapia, che in due dei nostri quattro casi (di cui la presente nota) ci ha dato brillante risultato, salvando da sicura morte due valide esistenze, che altrimenti, è nostro convincimento, sarebbero state con ogni certezza compromesse.

Caso I. — Guar. Eliziario, di anni 53, da Pratora Serra (Avellino).

Entra in Clinica il 2 gennaio 1930 alle ore 19.

Quattro ore prima, alla stazione di Grassano, investito dal treno aveva riportato sfacelo del piede e del terzo inferiore della gamba destra. All'esame risulta imperiosa la necessità di un immediato intervento demolitore, per cui si propone l'amputazione della gamba al terzo medio.

Il soggetto, di fuori provincia, esita, poi rifiuta recisamente di sottoporsi a qualsiasi atto operativo prima che siano giunti sul posto i figliuoli ed un egregio collega suo parente.

Per il momento ci limitiamo, quindi, ad una disinfezione allo jodo, alla iniezione antitetanica, ad una fasciatura asettica e forzatamente attendiamo.

I congiunti, chiamati telegraficamente, giungono in Clinica nella nottata, all'una antimeridiana del giorno 3.

Si sfascia e si esamina di nuovo il soggetto: tipica cangrena gassosa; il caratteristico crepitio si estende fino al ginocchio.

Si propone, ed è ora immediatamente accettata, anche per l'autorevole influenza del collega, l'amputazione al terzo medio della coscia.

Atto operativo eseguito dal compianto prof. Gianturco alle ore 1,30 antimeridiane del 3 gennaio 1930.

Narcosi eterea. Amputazione al terzo medio della coscia a due lembi; grosso tubo di drenaggio in gomma; sutura a piani delle parti molli.

Appena esaurito l'intervento, si iniettano sotto cute 100 cc. di siero Fasiani-Zironi (50 cc. Siero antiperfrigens, 30 di antivibrione septicus e 20 di anti-Novyi) diluiti in 500 cc. di soluzione fisiologica a 37°.

Ventiquattro ore dopo si ripete ancora l'iniezione dei sieri, con lo stesso procedimento.

Decorso post-operativo del tutto regolare. Trenta giorni dopo l'infermo esce con ottimo moncone, ben ricoperto di parti molli ed adatto al carico.

Caso II. — Di D. Annunziata, da Rionero.

La notte del 23 luglio scorso, durante il terremoto che ha straziato la zona del Vulture, nel generoso ed eroico impulso di salvare una sua creaturina di pochi mesi rimasta nella casa pericolante, è stata colpita dalle macerie che le hanno prodotto una vasta ferita dell'avambraccio destro e frattura esposta del radio e del cubito.

Dopo il soccorso d'urgenza e la prima medicatura, è inviata al Policlinico.

Non è possibile interessarci di lei che dopo quindici ore dall'avvenuta lesione.

La ferita interessa il palmo della mano e tutta la faccia anteriore dell'avambraccio, è profonda fino al piano osseo, si presenta anfrattuosa, pesta, sfacelata, letteralmente spolverata ed incrostata di terriccio e d'intonaco che, impastati di sangue e di detriti, hanno tenacemente aderito ai tessuti.

La lesione appare in tutta la sua gravità e dà poca speranza di salvezza per l'arto. Tuttavia, siccome non risultano disturbi di circolo e la mano si mantiene calda, si decide di soprassedere alla demolizione procedendo, intanto, all'ampia escissione dei tessuti necrotici o maltrattati; alla pulizia più scrupolosa; alla disinfezione più energica possibile; agli sbrigliamenti necessari.

Questo trattamento riesce particolarmente laborioso perchè ogni più piccolo recesso della ferita nasconde abbondante quantità di terriccio. A toilette completa, si istituisce un'irrigazione continua alla Carrel, con liquido di Dakin.

Non è possibile eseguire in questo soggetto la iniezione profilattica anticancrenosa, poichè le poche fiale di siero che noi avevamo in dotazione sono state già esaurite per altri feriti. Rimandiamo questo trattamento, in attesa che le serie profilattiche e curative del siero Fasiani-Zironi ci fossero pervenute dall'Istituto Sieroterapico Milanese, già richieste telegraficamente.

Il giorno successivo la temperatura è 38°,3, il polso buono, non vi è alcuna complicanza generale, nè locale: la ferita appare di buon aspetto, è detersa e senza secrezione purulenta, tutto fa supporre che il decorso sarà liscio.

Nella serata del secondo giorno la situazione comincia a mutare: la temperatura ha raggiunto i 39°, il polso è piccolo, vuoto e frequente (130); lo stato generale depresso, ansioso; il colorito della cute ha assunto una tinta subitterica. Tutto l'arto è divenuto tumido, pastoso, e la ferita ha completamente cambiato aspetto, il suo fondo appare grigiastro e in alcuni punti lardaceo; la cute circonvicina è verdognola, premendola si avverte il caratteristico crepitio da gas; dalla ferita si ha fuoriuscita di liquido fetidissimo: in sintesi, il quadro della cangrena gassosa è, purtroppo, molto evidente.

La prognosi, ormai, appare più grave; tuttavia si attende ulteriormente prima di procedere all'amputazione. Dopo escissione dei tessuti necrosati, nuove ampie incisioni di drenaggio ed impacchi di acqua ossigenata, si pratica, secondo la tecnica solita, la siero-terapia col siero Fasiani-

Zironi, che nel frattempo, con rapidità ammirevole, ci è già pervenuto da Milano.

Il mattino seguente le condizioni locali e generali sono quasi stazionarie. Dalla ferita si escide altro tessuto necrotico e si scollano ancora alcune piccole zone di diffusione. L'infezione non sembra aver progredito verso il braccio. Medicatura solita.

La sera nulla di mutato; la temperatura è un po' scesa (38°,7) ma la qualità del polso richiede l'ausilio di eccitanti; i fenomeni gassosi si mantengono localizzati.

La terza giornata dopo il trattamento col siero la cangrena appare dominata: le condizioni locali e generali sono molto migliorate.

Nei giorni successivi il miglioramento è progressivo e dopo una settimana l'enorme piaga residuata è completamente granulante e si avvia verso la sicura guarigione. I monconi ossei di frattura hanno saputo resistere all'infezione, senza complicanze osteomielitiche e saldandosi in giusta posizione.

Al momento attuale la buona donna è da tempo guarita con ottimo esito ortomorfico e funzionale dell'arto.

Questi due casi di cangrena gassosa rappresentano rispettivamente il terzo ed il quarto capitati alla nostra osservazione in questi ultimi quattro anni.

Questa terribile complicanza fu osservata da noi per la prima volta nel 1926, in un giovane di Stigliano, Tall. Giuseppe, che aveva riportato ventiquattro ore prima sfacelo del piede e della metà inferiore della gamba, in seguito a franamento di grossi macigni.

Amputato immediatamente sotto il ginocchio, la cangrena gassosa, non ancora manifesta al momento dell'intervento, comparve 36 ore dopo sul moncone di amputazione; si procedè a larghissimi sbrigliamenti sino alla radice della coscia, ad impacchi con acqua ossigenata, ecc.; ma l'infermo purtroppo morì ugualmente trenta ore più tardi.

Il secondo lo abbiamo osservato qualche anno fa. Si trattava di un giovane ufficiale giudiziario, Lac. Francesco, da Accettura, che, vittima del dovere, aveva riportato una vastissima ferita per colpo di arma da fuoco a pallinacci alla regione esterna della coscia sinistra.

Trasportato in Clinica fu operato a 18 ore dal trauma; si procedette allo sbrigliamento largo, all'asportazione di tutti i proiettili, dello stoppaccio e di frammenti di vestiario inclusi nella ferita, si escissero generosamente tutti i tessuti molli pesti e contusi e dopo disinfezione allo jodio e all'etere si stabilì l'irrigazione continua alla Carrel.

I primi segni della cangrena gassosa comparvero trentasei ore più tardi; sedici ore dopo il giovane decedeva ad onta di ogni ulteriore tentativo chirurgico.

Il caso Guar. ci sembra particolarmente importante non solo perchè dimostra con quale spaventosa rapidità questa gravissima infezione possa stabilirsi in un focolaio traumatico e con altrettanta rapidità estendersi lontano, ma anche per il bel successo conseguito, che ci sembra doveroso attribuire in gran parte alla reale efficacia del siero Fasiani-Zironi.

In quanto alla Di Donato, ella deve la sua salvezza e la conservazione dell'arto esclusivamente a questo trattamento.

Questo siero, che per il suo alto costo non si trova talvolta neppure nei depositi delle grandi città (nel caso Guar. fu impossibile ottenerlo da Napoli) dovrebbe viceversa essere alla portata di tutti, pur nei più lontani paesi. Averlo a disposizione significherà spesso, anche ad infezione conclamata, salvare una vita diversamente perduta; meglio poi sarebbe usarne profilatticamente in tutti i grandi pestamenti degli arti, non diversamente cioè di come si pratica con il siero antitetanico, così come noi abbiamo eseguito in alcuni gravissimi feriti del recente terremoto del Vulture, i quali sono rimasti immuni dall'infezione.

Un ultimo rilievo a proposito dei nostri tre primi casi: tutti e tre si verificarono in una zona assai circoscritta della nuova provincia di Matera, ciò che sembrerebbe dimostrare la particolare ricchezza in germi della cangrena gassosa nell'habitat batterico di quella regione.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce su quattro casi di cangrena gassosa capitati alla sua osservazione e di cui i primi due, sebbene trattati con rigorosi provvedimenti chirurgici, soccombettero ugualmente all'infezione, mentre gli altri due riuscirono a superarla per l'associazione della siero-terapia Fasiani-Zironi.

L'A. si sofferma sull'importanza di questo trattamento e propone l'uso della serie profilattica, come per il siero antitetanico, in casi di speciali e gravi lesioni da traumatismi.

SUNTI E RASSEGNE.

ARTICOLAZIONI.

Considerazioni generali sull'artrite.

(JOEL GOLDTHWAIT. *Amer. Med.*, ott. 1930).

L'artrite cronica si manifesta con modificazioni non solo delle articolazioni, ma anche di altri tessuti.

Tre sono i tipi più comuni dell'artrite cronica: l'artrite atrofica, l'artrite ipertrofica e l'artrite infettiva.

L'artrite atrofica, la più comune, è caratterizzata da marcata atrofia dell'osso e delle strutture articolari con atrofia dei muscoli, dei vasi sanguigni e di quasi tutti i tessuti del corpo. Nel periodo iniziale c'è tumefazione modica delle parti molli periarticolari, nello stadio avanzato c'è disintegrazione delle strutture dell'articolazione; ma in tutt'e due questi stadi si ha l'atrofia ossea. La tumefazione delle parti molli dipende dalle modificazioni circolatorie e non da processo infiammatorio. Può aversi a tutte le età, ma più spesso fra 20 e 40 anni e nelle donne.

È più frequente nel tipo longilineo.

L'artrite ipertrofica è caratterizzata da aumento di densità della cartilagine articolare con neoformazione all'orlo della cartilagine e in corrispondenza delle inserzioni muscolari o tendinee.

È per molto tempo monoarticolare; negli stadi più avanzati può dare atrofia scheletrica, sebbene il suo carattere fondamentale sia l'ipertrofia, ma l'atrofia è sempre meno spiccata che nella forma precedente. Si ha più spesso nelle persone di costituzione brachitipa ed è più frequente dopo i 45 anni di età.

Ha un andamento meno rapido del tipo precedente e dà minore inabilità.

L'artrite infettiva è il tipo meno comune e può aversi indifferentemente in tutti i tipi somatici.

I germi che la producono sono molteplici: pneumococco, b. dell'influenza, b. del tifo, gonococco, germe della lues, streptococchi. L'origine si deve cercare nelle tonsille meno spesso di quello che per lo più si pensa.

Localmente si manifesta con un vero processo infiammatorio spesso con atrofia dei componenti l'articolazione, ma senza l'atrofia generale dell'artrite atrofica. Si può avere a qualunque età.

Nella produzione della malattia hanno importanza la fatica (fisica e psichica), gli atteggiamenti sbagliati mantenuti per lungo tempo, la visceroptosi, l'alimentazione inadeguata, l'insufficiente esercizio muscolare, gli abiti insufficienti a riparare dal freddo, le cause infettive, le droghe. Ciascuna di queste cause può avere importanza notevole nei singoli casi.

Il punto più debole è colpito nei singoli malati: in uno le articolazioni, in un altro i centri nervosi o i vasi sanguigni. L'artrite atrofica può simulare la sclerosi laterale o la sclerosi multipla o l'atrofia muscolare progressiva, come pure l'osteite deformante.

Spesso si ha concomitante ipotensione, temperatura subnormale, metabolismo basale basso, da mettersi in rapporto colla fatica che spesso precede la malattia.

In quasi tutti i malati nel periodo iniziale riesce utile il riposo col corpo in posizione adeguata, alimentazione adatta con dieta ben bilanciata e abbondanza di frutta. Inoltre si farà fare moto moderato e si aboliranno alcool e tabacco.

Considerando così l'artrite, non c'è da aspettarsi gran risultati dai vaccini, da diete speciali, da medicamenti, i quali daranno solo sollievo temporaneo. Anche qui, come in altre malattie, i casi leggeri guariscono bene anche senza cure speciali, mentre i casi gravi non guariscono anche se i sintomi più importanti si attenuano qualunque cura si faccia.

R. LUSENA.

Il substrato anatomo-patologico del reumatismo tubercolare.

(F. BEZANÇON, MATHIEU-PIERRE WEIL, J. DELARUE, V. OUMANSKI e PAU. *Bull. Acad. méd.*, 10 dic. 1930).

Il reumatismo tubercolare fa parte di quei problemi, numerosi in medicina, in cui dati ipotetici di patogenesi sono venuti ad oscurare delle osservazioni cliniche bene assodate, in modo tale che la realtà del tipo clinico ha potuto essere messa in dubbio.

Gli antichi clinici (Bonnet, Gübler e Powel) avevano messo bene in evidenza che, accanto alla forma fungosa dell'osteo-artrite tubercolare, vi sono delle forme idartroidali ed anchilosanti. Poncet, da grande clinico, riunì un gran numero di fatti che dimostrano i rapporti di alcune poliartriti acute o croniche con la tubercolosi; ma, invece di limitarsi a fare rilevare che, in queste artriti mancano le lesioni riconosciute specifiche della tubercolosi, si lasciò trascinare dalla sua immaginazione, ed ammise, accanto alla tubercolosi banale, una forma infiammatoria dovuta, non già al bacillo, ma ad ipotetiche tossine agenti a distanza. La tubercolosi infiammatoria diventava, secondo lui, un'entità patologica indipendente che poteva invadere tutta la patologia.

La reazione, che seguì tali concetti patologici, finì con l'abbattere anche il reumatismo tubercolare, che merita invece il suo posto in nosografia, pure avendosi tuttora grande incertezza sui caratteri anatomopatologici di tale tipo clinico.

Gli AA. hanno avuto occasione di seguire,

sia clinicamente che anatomo-patologicamente, un caso di reumatismo tubercolare, che riferiscono ampiamente.

Si trattava di una donna di circa 30 anni, che aveva avuto degli attacchi articolari estremamente dolorosi, con tendenza anchilosante, che colpivano le grosse articolazioni come pure le piccole; tali attacchi non avevano affatto l'andamento del reumatismo articolare acuto e nemmeno di quello progressivo, deformante. Si pensò all'origine gonococcica, quantunque la ricerca del germe fosse stata ripetutamente negativa e si fece anche una cura di vaccino antigonococcico. Però, i fatti infiammatorii piuttosto discreti e l'assenza di edema facevano escludere, con tutta probabilità, tale diagnosi.

La diagnosi più probabile, secondo l'andamento clinico, era di poliartrite acuta tubercolare, in considerazione soprattutto della tendenza anchilosante e degli antecedenti della malata, che aveva un passato pleuro-polmonare di una certa importanza, con forme emottoiche e con trattamento sanatoriale.

Esisteva, nella malata, un grado discreto di bacillemia (inoculazione del sangue nella cavia) e vi erano delle lesioni polmonari discrete, con rantoli transitorii dell'apice sinistro, con accentuazione delle ombre vascolari e qualche macchia discreta in corrispondenza degli apici.

L'inoculazione degli sputi, fu per 17 volte negativa; in altre 2 volte si ebbe lo sviluppo del tipo classico di Villemin.

La malata morì di cachessia, consecutiva all'intensità dei dolori, alla privazione del sonno e della nutrizione, nonchè per una pericardite, che, in vita, non aveva dato alcun sintoma.

All'autopsia, si rilevarono anzitutto delle lesioni della sinoviale e si mise in rilievo l'assenza di lesioni macroscopiche di tubercolosi (focolai caseosi o granulazioni).

L'esame isto-batteriologico della sinoviale permise di mettere in evidenza dei bacilli acido-resistenti inclusi in voluminosi macrofagi situati nei noduli infiammatori perivascolari. L'inoculazione di frammenti della sinoviale nella cavia determinò lo sviluppo di una tubercolosi banale, tipo Villemin.

Si trattava, quindi, indiscutibilmente, di sinovite tubercolare, di tipo infiammatorio, plasmatico, con sclerosi importante, di natura tubercolare, contenente dei bacilli tubercolari tipici, capaci di tubercolizzare la cavia.

Al cuore, sinfisi cardiaca e lesioni di endocardite. Nel pericardio, come pure nel fegato e nella milza, presenza di noduli infiammatori simili a quelli della sinoviale; nelle lesioni pericardiche, presenza di rari bacilli acido-resistenti.

Ai polmoni, vecchia sinfisi pleurale, sclerosi polmonare con antracosi e noduli calcificati; istologicamente, lesioni di tubercolosi fibrosa. con noduli incistati, alcuni dei quali hanno alla periferia una struttura epitelio-gigantocellulare, in cui si sono dimostrati dei bacilli di Koch.

CARATTERISTICHE ISTO-PATOLOGICHE.

La lesione tipica osservata in questo caso è costituita da noduli infiammatori del tipo subacuto, con al centro un vaso (arteriuzza, venuzza o finissimo capillare). Si tratta di ammassi cellulari polimorfi, costituiti da linfociti, da polinucleari neutrofili od eosinofili, da plasmociti. Fra tali elementi, si vedono dei voluminosi istiociti in metamorfosi infiammatoria. Il rapporto quantitativo dei diversi elementi varia da un nodulo all'altro, come pure varia il volume, ridotto talvolta ad una diecina di elementi.

Tali noduli infiammatori costituiscono la lesione dominante in questo caso e sono stati trovati in tutti i visceri. Al fegato, sono sistematizzati negli spazi portali; alla milza occupano il centro dei corpuscoli di Malpighi; nei polmoni, si trovano specialmente negli avventizi connettivi peribronco-vascolari; si trovano, inoltre, nel pericardio, nel miocardio, dove *si presentano del tutto simili al più tipico nodulo di Aschoff.*

Essi si osservano nella sinoviale, dove raggiungono un volume considerevole.

La loro morfologia però, non fa pensare ad una reazione infiammatoria di origine tubercolare, ma offre piuttosto una certa somiglianza con l'infiammazione sifilitica. La natura tubercolare, però, è stata dimostrata dalla presenza di bacilli acido-resistenti nei macrofagi delle sezioni.

L'osservazione degli AA. è interessante anche dal punto di vista clinico, poichè non si trattava del consueto reumatismo secondario ad una forma di tisi banale, ma di un'infezione articolare di un tipo speciale, nel corso di una infezione tubercolare, essa pure di tipo speciale. Il reumatismo tubercolare viene così ad apparentarsi con la pleurite siero-fibrinosa; al pari di essa, lo si osserva più spesso nelle infezioni tubercolari ancora discrete, che colpiscono discretamente il polmone e che rivestono in generale il tipo fibroso.

Il caso di questa donna è tipico, con una pleurite iniziale, con una serie di emottisi e che presenta delle lesioni tubercolari aperte soltanto verso l'ultimo, tanto che per ben 17 volte l'esame dello sputo fu negativo ed assai scarsi furono i segni radiologici, anche all'ultimo.

Nei caratteri dell'affezione reumatica, nulla che ricordi l'artrite fungosa, mentre le sole manifestazioni erano del tipo infiammatorio acuto, però con una tendenza evolutiva consueta nella tubercolosi, la tendenza anchilosante.

Sono appunto interessanti questi attacchi

acuti di andamento infiammatorio sopra un fondo di lesione cronica; tutto si svolge come si producessero, in un'articolazione già sensibilizzata da una forma tubercolare anteriore, delle reazioni focali analoghe a quelle che si osservano nella tubercolosi in seguito ad iniezioni di tubercolina.

Dal punto di vista batteriologico, se il reperto dei bacilli nella lesione articolare è stato già avuto da autori antecedenti, nel caso degli AA., esso si è avuto in condizioni eccezionali, cioè per esame diretto della lesione stessa e mediante l'inoculazione alla cavia, la quale è stata tubercolizzata nel modo consueto, secondo il tipo di Villemin. Si trattava, quindi, del consueto tipo di bacillo tubercolare, mentre la particolarità della lesione era da attribuirsi al numero, alla localizzazione e sopratutto al terreno su cui si svolgeva.

Dal punto di vista anatomo-patologico, le lesioni articolari non presentano affatto il tipo follicolare classico. Nulla, nella morfologia dei noduli perivascolari osservati, che rassomigliavano piuttosto ai plasmomi sifilitici, avrebbe potuto far pensare alla tubercolosi; soltanto la presenza dei bacilli specifici ha potuto dimostrare l'origine di tali lesioni e dimostrare ancora una volta che *il bacillo tubercolare è capace di determinare nei tessuti delle lesioni diverse dal tipo classico considerato come specifico.*

I punti di contatto con le lesioni reumatiche non mancano, fra gli altri, le lesioni di endocardite verrucosa ed è per questo che ben si attaglia a questo caso la denominazione di reumatismo tubercolare. *fil.*

Un procedimento di trapianto rotuleo.

(MOULONGUET. *Journal de Chirurgie*, vol. 36, n. 2, 1930).

Un giovane di 20 anni, cadendo, aveva riportato una frattura al 3° medio del femore S. che era stata trattata prima con l'estensione e dopo con osteosintesi con placca di Lambotte. Dopo alcuni mesi si ha irrigidimento del ginocchio in estensione. La radiografia mostra un'ossificazione muscolare nel quadricipite, aderente al femore, al disopra della rotula, che bloccava il ginocchio in estensione. Asportazione dell'osteoma: residua una cavità considerevole con disinserzione quasi completa del quadricipite che dista dalla rotula 2 1/2 cm.; l'articolazione resta aperta; il ginocchio può esser flesso.

I risultati di questo intervento non furono buoni poichè l'anchilosi si riprodusse in capo a 2 mesi.

Nuovo intervento: incisione prefemorale a Z; ablazione del blocco cicatriziale aderente alla pelle e al femore; liberazione laterale completa della rotula e del tendine rotuleo sul quale si praticano due emisezioni trasversali a diversa altezza. La rotula allora viene facilmente stirata in alto fino a raggiungere il bordo inferiore del quadricipite cui viene fissata con punti periostali, ponendo tra questa sutura e il femore del tessuto grasso preso in vicinanza.

Le alette rotulee, vengono suturate alle fibre dei m. vasti. La rotula viene così a trovarsi completamente reinserita, circa 3 cm. più in alto, e l'articolazione completamente chiusa. Risultato funzionale eccellente. Il paz. muore dopo 2 anni per meningite: prelevamento del pezzo e controllo del risultato anatomico che è ottimo.

Questo procedimento è di Lecène e l'A. lo raccomanda nelle perdite di sostanza basse del quadricipite perchè i trapianti muscolari possono portare all'anchilosi per formazione di tessuto cicatriziale aderente al femore e possono notevolmente indebolire il quadricipite. G. PACETTO.

GINECOLOGIA.

I disturbi funzionali della mestruazione ed il loro trattamento.

(E. NOVAK. *Journ. am. med. ass.*, 25 ott. 1930).

L'A. osserva che i recenti progressi riguardanti la fisiologia della mestruazione rendono necessaria una revisione dell'interpetrazione del meccanismo concernente i disturbi mestruali e, quindi, anche del trattamento.

L'amenorrea e l'ipomenorrea sono, il più spesso di origine costituzionale od endocrinopatica e le cause pelviche sono assai meno comuni. La funzione ovarica è quanto mai sensibile alle deficienze di nutrizione e di circolazione, di cui il risultato è la scomparsa del ciclo mestruale stesso. Il trattamento dell'amenorrea prodotta da malattie generali, come la tubercolosi, l'anemia e le deficienze dietetiche è soltanto quello della condizione causale, mentre sarebbe indicata l'organoterapia.

Fra le cause endocrine dell'amenorrea, la più comune è la deficienza ovarica; vengono in seguito l'ipopituitarismo ed i disturbi della tiroide, il più spesso nel senso dell'iperfunzione, ma anche in quello dell'ipofunzione. Questi tipi sono spesso contraddistinti da sindromi cliniche ben definite, quali la distrofia adiposo-genitale dell'ipopituitarismo, ma le basi scientifiche della differenziazione sono spesso incomplete.

L'amenorrea si presenta spesso senza altri sintomi e non richiede alcun trattamento salvo il rassicurare la paziente in riguardo alle sue condizioni. In altri casi, come p. es., quando è subordinata alla sterilità che l'accompagna, si farà ogni tentativo di trattamento, il quale è però quasi sempre inutile.

Gli estratti d'organo che sono comunemente usati nell'amenorrea sono quelli dell'ovaio, del lobo anteriore della pituitaria e della tiroide, in varie combinazioni. La somministrazione orale degli estratti ovarici è inutile per ciò che riguarda il ristabilimento della mestruazione e ciò, sia con la somministrazione orale che con quella ipodermica. La recente scoperta di corpo luteo attivo migliorerà forse i risultati, ma siamo ben lontani da condizioni ideali in quanto che nessuno dei principî isolati possiede un effetto evidentemente stimolante sull'ovaio.

Migliori speranze offre forse il trattamento per mezzo del lobo anteriore della pituitaria, per gli effetti evidenti prodotti sull'apparato follicolare dall'ormone di questa ghiandola. La sua somministrazione è pertanto giustificata in casi di amenorrea e di sterilità, sebbene spesso fallisca. La somministrazione per via orale è probabilmente inefficace. Assai popolare è la terapia tiroidea, che può essere talora utile.

Siamo del tutto all'oscuro sulla natura delle cause del ritmo mestruale e, quindi, sulla cura della oligo- e polimenorrea; il trattamento della prima potrà farsi sulla base di quello dell'amenorrea.

Frequente ed importante è la mestruazione eccessiva (ipermenorrea) di natura funzionale, specialmente in donne verso l'età della menopausa. In tale età, è essenziale la distinzione con cancro. È da sperarsi che l'estratto di corpo luteo possa dare i risultati che da esso si attendono. *fil.*

Tricomoniasi vaginale nella donna gravida.

P. BLAND, L. GOLDSTEIN e D. WENRICH. *The Journ. of the Am. Med. Ass.*, 17 genn. 1931).

Gli AA. hanno studiato la secrezione vaginale di 500 gravide per stabilire la frequenza e l'importanza causale del *trichomonas vaginalis* nella leucorrea.

Questo protozoo fu trovato per la prima volta nel secreto vaginale dal Donné nel 1836. Nel 1855 Koelliker lo trovò nel 50 % delle donne gravide e non gravide e poi anche Haussmann lo trovò in proporzione elevata. Cifre meno alte ebbero Künstler, Hoehne, Brumpt.

Wille trovò su 183 leucorroiche 70 (40 %) con *trichomonas* in vagina. Una percentuale notevolmente superiore trovò Reuling (18 %). Però non tutte le donne che hanno *trichomonas* in vagina presentano disturbi, secondo Flaskamp.

Davis, Colevell e Greenhill nel 1928 hanno descritto la vaginite da tricomonas.

Questo parassita si può coltivare in brodo, in siero di sangue di Löffler diluito con soluzione fisiologica citratata più albume d'uovo, in agar ricoperto da soluzione fisiologica citratata e siero, come pure in mistura di materie fecali e soluzione fisiologica.

Per quel che riguarda la vita di questo protozoo, non si sa bene se abbia una fase di incistamento, come pure indeterminato è il modo con cui esso si trasmette da ospite a ospite.

Gli AA. hanno trovato il *trichomonas* in 118 delle 500 gravide di cui fu esaminata la secrezione vaginale (23,6 %). La frequenza è maggiore fra le negre (33,7 %), a causa delle condizioni igieniche meno buone. Solo nel 12,6 % delle donne che avevano *trichomonas* esistevano sintomi irritativi locali. In quasi tutte la secrezione vaginale era modificata; essa era di aspetto vario (da bianco lattiginoso a quello purulento). Solo una parte delle donne che avevano questi parassiti si lamentavano di prurito. In alcuni casi si associava un'infezione gonococcica.

Non tutti gli autori ammettono che il *trichomonas* abbia veramente azione patogena. Gli autori di questo articolo ritengono invece che esso sia patogeno.

Nel puerperio fu osservato da Schimd e Kamniker, Liss e Gragert e altri che le donne con *trichomonas* dànno una percentuale maggiore di infezione puerperale.

Per la cura, lavare il perineo con sapone verde, introdurre in vagina un tampone col 10 % di boroglicerina (che va tenuto 12 ore); ogni giorno irrigazione vaginale con soluzione di acido lattico al 1/2 % oppure con soluzione iodica. Sono state consigliate le applicazioni di polvere di caolino ogni tre giorni.

R. LUSENA.

Formazione artificiale della vagina dalla flessura sigmoide.

(FAEHRMANN. *Zent. f. Chir.*, 1929, n. 32).

Sulla formazione di una vagina artificiale tanto fra i ginecologi quanto fra i chirurgi si discute non per la ragione etica ma per il metodo.

I metodi che sono in concorrenza uno con l'altro sono: quello con il tenue di Baldwin-Mori e l'altro col crasso di Popow-Schubert. I fautori del primo (Rabinovitsch, Judin) rilevano le difficoltà tecniche del metodo col crasso, mentre quelli del secondo metodo (Schubert-Wagner) rilevano la minore mortalità operatoria e i migliori risultati finali.

Il tratto della flessura sigmoidea è stato usato già da Albrecht ma la via dorso-sacrale seguita da questo autore è difficile ed anche non giusta perchè la parte essenziale per il risultato dell'operazione consiste nella giusta legatura del mesosigma.

È certo che una esatta legatura dei vasi è

possibile soltanto dalla via addominale e che occorre una grande mobilizzazione dell'intestino senza influenzarne la nutrizione.

Vicino alle arcate vengono legate l'arteria sigmoidea e la colica sinistra discendente. L'intestino viene interrotto all'altezza della flessura rettale e i due capi chiusi a borsa di tabacco. Dopo il taglio e la legatura dell'arcata viene liberato il mesosigma fino a livello dell'arteria colica sinistra ascendente. Così che si ha una lunga ansa di intestino nutrita dall'arteria colica sinistra ascendente, mentre la parte distale ritrae nutrizione dall'arteria emorroidaria superiore. Indi si abbassa quanto più è possibile l'ansa liberata e si anastomizza latero-lateralmente col colon pelvico in alto e subito sotto l'anastomosi viene praticata una doppia borsa di tabacco che chiuda il lume intestinale rimanendo così il pezzo di intestino escluso dal resto; esso può raggiungere il piccolo bacino. Non resta che separare la vescica dal retto ed interporvi l'ansa intestinale preparata e farla uscire dalla vulva.

Il caso fu operato dall'A. nel 1925 nella clinica chirurgica di Baku diretta da Finkelstein in una giovane di 17 anni con aplasia della vagina. Mediante un taglio lungo la commissura labiale posteriore venne isolata la vescica dal retto formando, senza aprire il peritoneo, una cavità che venne tamponata.

In seguito fu fatta la laparotomia: si aveva mancanza dell'utero, e le ovaie coperte dal peritoneo nella cavità del bacino. Il resto dell'operazione venne eseguito secondo l'esposizione su riferita completata dall'incisione del Douglas fino a sentire il tampone per immettervi dentro l'ansa esclusa che così corrisponde alla vagina. In terza giornata venne aperto il capo dell'intestino escluso che presentava movimenti peristaltici.

Alla fine della 2ª settimana l'inferma appariva come se avesse una semplice anomalia della vagina.

Alla fine del 1° mese però si ebbero i segni di una fistola stercoracea e l'A. pensò di rioperare l'inferma volendo interrompere la vagina dall'intestino. Le difficoltà furono tali da doversi accontentare della chiusura con una sonda elastica ed al terzo giorno vide la vagina diventare scura e poi necrosarsi.

L'A. insiste sul risultato della prima operazione che aveva dato soltanto una fistola che poteva non avere alcuna importanza.

N. B. - Ruge, di Francoforte sull'Oder, ha pubblicato una nota in *Zent. f. Chir.*, 1929, n. 47, intitolata: « Sulla comunicazione di Faehrmann in *Zent. f. Chir.*, 1929, n. 32: Formazione artificiale della vagina dalla flessura sigmoidea », in cui l'A. riferisce di aver usato il metodo fin dal 1914, e che nel 1928 (*Mschr. Geburtsh.*, n. 78) ne ha pubblicato sei casi operati con successo.

R. BRANCATI.

RARIORA ARTIS

La febbre quintana.

(J. TROISIER, M. MONNEROT-DUMAINE e S. DEVELAY. *Presse Méd.*, 18 marzo 1931).

La febbre quintana, conosciuta fin dall'antichità, è oggi quasi dimenticata. Essa però merita di essere tratta fuori dall'oblio, poichè possiede un valore semeiologico singolarmente preciso, sebbene si presenti ben di rado.

Gli AA. riferiscono due osservazioni di febbre quintana, di cui la prima riguardava una giovane donna con segni indiscutibili di infezione gonococcica delle vie genitali. Venuta in ospedale in seguito ad un violento accesso febbrile, fu posta la diagnosi di salpingite gonococcica sinistra. La febbre continuò nei giorni seguenti, a tipo irregolare, poi i segni annessiali regredirono mentre la temperatura prese un tipo periodico molto curioso. Gli accessi febbrili, preceduti da stanchezza e talora da brivido, insorgevano la sera o al mattino, duravano circa 48 ore, poi rimettevano con sudore. Gli accessi erano intercalati da periodi di apiressia di tre giorni e si ripeterono con questi caratteri per più di un mese. L'esame clinico durante questo periodo restò quasi muto: i segni locali di infezione gonococcica erano scomparsi; nessun segno di endocardite maligna, nessuna eruzione; nessuna mialgia; non splenomegalia; una sola epistassi, della cefalea e qualche vomito al momento dei primi accessi febbrili. Lo stato generale era soddisfacente, a parte un certo grado d'anemia.

Si trattava di un vero stato setticemico con presenza di gonococchi nel sangue? È possibile, benchè una emocultura in brodo sia rimasta sterile. L'esame diretto del sangue non rivelava alcun parassita. L'inoculazione nella cavia restò senza risultato.

La seconda osservazione si riferisce ad un bambino di due anni e mezzo ricoverato per una eruzione generalizzata assai bizzarra, di bolle e di elementi varicelliformi. La temperatura, prima irregolare, dopo la scomparsa dell'eruzione divenne intermittente a tipo quintanario, poi si rifece irregolare.

Una emocultura mise in evidenza un meningococco B assolutamente caratteristico. Si trattava dunque di una setticemia meningococcica.

Queste due osservazioni tendono a provare che i germi del gruppo gono-meningococco possono accompagnarsi in patologia umana alla sindrome della febbre quintana. Non è però certo che il ritmo quintano sia assolutamente caratteristico di questo gruppo. Esiste, in nosografia, una malattia ben studiata durante la guerra, la febbre delle trincee o febbre di Volinia dei tedeschi, che presenta de-

gli accessi separati da un periodo di apiressia più lungo che nella malaria. Questo periodo può eccezionalmente essere di tre giorni, come in un caso osservato dagli AA.

È dunque probabile che la febbre quintana non sia esclusiva caratteristica dei germi del gruppo gono-meningococco; è verosimile che altri parassiti possano essere responsabili di un ritmo febbrile analogo.

C. TOSCANO.

NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE

G. SANARELLI. *Il colera.* Un vol. in-4° di pagine XIX-559, con 96 figure in nero ed a colori. Milano, 1931. Soc. An. Istituto Editoriale Scientifico. Prezzo L. 90.

Uno studioso come G. Sanarelli, il quale conta al suo attivo una serie di contributi fondamentali alle scienze mediche — la dottrina setticemica della febbre tifoide, la dottrina dell'eredoimmunità tubercolare, la scoperta del primo virus filtrabile, virus mixomatoso, la scoperta dell'epitallassi o fenomeno di Sanarelli, l'introduzione degli ultrafiltri in biologia... per non citare che i contributi di maggior valore — si è reso altamente benemerito della scienza. Egli avrebbe diritto di riposare sugli allori; invece continua infaticabilmente a lavorare ed a produrre. Sono recentissime le sue scoperte relative al ciclo vitale dell'« Heliconema », nuovo genere da lui creato sulla rovina della presunta simbiosi fuso-spirillare. È di questi giorni l'*experimentum crucis* sullo stadio invisibile del bacillo tubercolare, di cui egli ha dimostrato, in modo non più discutibile, l'ultra-filtrabilità, attraverso le membrane semi-permeabili.

Quasi a riposo delle sue ricerche sperimentali, il Sanarelli si compiace di redigere anche dei lavori riassuntivi trattatistici. L'anno scorso ci ha dato una lucida monografia sulla tubercolosi, che ha già l'onore di una nuova edizione all'estero. Ora ci offre un'opera completa sul colera.

Per noi è un cómpito facile e piacevole parlare di un lavoro così riuscito.

Padrone della materia, il Sanarelli ha fatto una trattazione ampia, organica e documentata. L'esposizione è lontana dallo schematismo scolastico, tuttavia segue un ordine logico: storia e distribuzione geografica, nosografia, anatomo-patologia, eziologia, patologia sperimentale e patogenesi, epidemiologia, terapia, profilassi del colera. V'è un nesso organico tra le varie parti, sebbene non appaia, a prima giunta, dall'indice; l'A. dimostra molta pieghevolezza ed abilità nell'edificare la struttura dell'opera.

Questa costituisce una raccolta immane di dati, bene riordinati, inquadrati con sagacia nel piano generale. L'A. ha tenuto conto anche degli studi più recenti, come la terapia e la profilassi mediante il batteriofago: ne deriva una messa al corrente precisa e completa delle nostre cognizioni sul colera.

L'A. ha il privilegio di destare interesse, con la vivacità dello spirito e lo splendore della forma: egli scrive in modo ammirevole. Il suo stile è attraente, di una efficace semplicità.

L'esposizione viene avvivata da episodi e fatti interessanti o curiosi. Basta leggere il capitolo sui movimenti dei cadaveri di colerosi, i quali a volte compiono movimenti e assumono pose macabramente grottesche; od anche la descrizione, piena di realismo, dei pellegrinaggi a Benares o alla Mecca.

Il lavoro costituisce un'affermazione d'italianità, poichè esso richiama una mole ingentissima di studi compiuti da italiani. Fa alcune rivendicazioni serie, documentate con rigore: in particolare sul Pacini, che vide e disegnò i vibrioni specifici prima di Koch; e su Liuzzi, che divinò e stabilì il cómpito dei portatori. In altri riferimenti molteplici l'A. mette in giusta luce la parte dovuta ai connazionali, pur non trascurando affatto i contributi degli stranieri.

L'A. si è ispirato a criterii di praticità: per es., espone nei dettagli più minuti e precisi la tecnica (isolamento e identificazione dei vibrioni, disinfezioni, vaccinazioni ecc.); riporta anche i testi integrali delle norme ufficiali (regolamenti italiani, convenzioni internazionali); ecc.

Tutto il lavoro è compenetrato dalla vigorosa personalità dell'A., il quale si rivela meravigliosamente dotato non solo come sperimentatore, ma anche come scrittore.

Completano ed illustrano l'esposizione molte figure, non poche delle quali originali o tratte da opere rare.

Nessuna spesa è stata risparmiata nella tecnica editoriale. La casa editrice può essere felicitata per la magnificenza del libro.

Questo viene ad arricchire la letteratura medica. Giustamente nel presentarlo all'Accademia di Medicina di Parigi, Achard, clinico medico di quella Facoltà, ebbe a dichiarare che la monografia del Sanarelli è « la più completa che sia comparsa e la meglio al corrente delle ricerche moderne, cui ha partecipato in larga misura lo stesso scienziato che dirige oggi l'Istituto d'Igiene dell'Università di Roma ». Ed ha aggiunto: « questo libro fa il più grande onore al suo autore ed alla scienza italiana ».

Pur trattando di una malattia esotica, che ormai minaccia solo a lunghi intervalli i nostri Paesi civili, il lavoro merita la più ampia diffusione, per il suo alto valore culturale.

A. P.

CENNI BIBLIOGRAFICI

L. BORCHARDT. *Klinische Konstitutionslehre*. Un vol. in-8° di 386 pag., con 73 fig. Urban e Schwarzenberg, Berlin, 1930. Prezzo RM. 20.

L'indirizzo costituzionalistico della medicina si è venuto gradatamente affermando ed ha allargato i suoi confini in modo da dare una più vasta visione dei problemi che riguardano l'uomo nello stato di salute ed in quello di malattia, nelle funzioni del corpo come in quelle della psiche.

Il volume del Borchardt, che dopo pochi anni si presenta nella seconda edizione notevolmente ampliata, ci offre una buona guida per la conoscenza della dottrina della costituzione. È diviso in due parti; in quella generale, si tratta il normotipo, i rapporti fra costituzione ed ereditarietà, le influenze dell'ambiente sulla costituzione, gli *abiti* e le forme corporee, le modificazioni costituzionali di queste, le deviazioni negli stati di nutrizione, nell'accrescimento, nello sviluppo, le disposizioni e le diatesi, la diagnosi, profilassi e terapia dei disturbi costituzionali.

La parte speciale è dedicata alla descrizione dei disturbi costituzionali somatici e vegetativi; le mesenchimosi, le ectodermosi, l'astenia, l'artritismo, i disturbi endocrini. Segue, da ultimo, un dizionario dei termini tecnici.

Il libro, dalla dizione chiara, si legge con grande interesse; segnaliamo, fra gli altri, i capitoli sull'importanza del connettivo, sui rapporti fra psiche e costituzione, ecc.

Purtroppo il contributo della scuola italiana, che è stata una vera pioniera in questo campo, è scarsamente messo in luce con accenni fugaci.

fil.

L. RAMOND. *Petites cliniques*. Prima serie. Un vol. in-8° di 298 pag. Masson et C.ie, ed. Paris, 1930. Prezzo 32 fr.

I lettori della *Presse médicale* conoscono bene queste « Piccole cliniche », brevi descrizioni e discussioni di casi clinici, raccolte dalla viva voce del Ramond, quando parla ai propri allievi durante la visita mattutina all'ospedale. Insegnamento veramente pratico della medicina, che addestra ad applicare i dati della patologia e ad utilizzare le nozioni teoriche per arrivare alla divina arte di essere un buon medico.

Troviamo qui raccolte 34 di tali lezioni, che non hanno nulla di cattedratico, ma piuttosto il tono di una conversazione. Lo schema è simile per tutte: osservazione, a tratti principali del malato, discussione diagnostica, la prognosi e la terapia, eventualmente anche qualche ricetta, tutto questo senza sfoggio di erudizione, tenendo però conto dello stato attuale della scienza nei suoi riflessi sulla pratica.

Sono trattati i più svariati argomenti, le malattie degli apparati respiratorio, circolatorio, digerente, urinario, il sistema nervoso, le malattie infettive.

fil.

R. WEISS. *Untersuchungsmethoden zur klinischen Diagnostik*. Vol. di pag. 270, IV Ediz. Kornfeld, Lipsia, 1931.

In questo breve volumetto sono raccolti e descritti i metodi di ricerca di laboratorio più in uso sull'orina, sul succo gastrico, sul sangue, sul liquido cerebro-spinale, sul latte. Vi sono aggiunti i metodi di esame della funzione renale ed epatica e la tecnica di alcune colorazioni batteriologiche.

Il libro è aggiornato anche per le ricerche più recenti. Gli apparecchi sono descritti minutamente e l'esposizione è fatta in modo che anche chi comincia si orienta rapidamente sia sulla tecnica di esecuzione della ricerca che sulla lettura dei risultati.

L'indice permette una consultazione rapida e precisa.

P. VALDONI.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta del 31 gennaio 1931.

Preside il prof. S. BAGLIONI, v.-presidente

Anemia emolitica con emosiderinuria perpetua.

Prof. E. MARCHIAFAVA. — L'O. ricorda brevemente le due precedenti comunicazioni. Nella prima dopo aver descritto un caso di anemia emolitica acquisita, non splenomegalica, con lieve itterizia, con eliminazione perpetua per i reni di sostanza colorata del sangue di color rugginoso durata otto anni, con esito letale nella sindrome di anemia grave, con il reperto anatomico d'intensa emosiderosi renale. Nella seconda comunicazione l'O. espose i risultati della splenectomia e rilevò il fatto importante dell'assenza di qualsiasi traccia di emosiderosi in qualsiasi degli elementi del parenchima splenico. Con questa 3ª comunicazione, l'O. si propone di continuare la storia clinica fino all'esito letale, di esporre le alterazioni anatomiche e di fare una breve epicrisi. Essendosi ripetute le crisi emoglobinuriche, che avevano molto peggiorato le condizioni del paziente, questi fu sottoposto ad una nuova trasfusione di sangue dello stesso datore della volta precedente, ma, infine che avvantaggiarsene, il malato ebbe aumento di febbre con brivido ricorrente, dolori articolari, lieve ittero colurico, urobilinuria, diatesi emorragica, ambascia, affanno. Nel marzo 1930 si ebbe l'esito letale, dopo nove anni di durata della malattia.

Dall'autopsia si rilevò l'assenza completa di emosiderosi del fegato, nel midollo delle ossa piatte, nelle glandole linfatiche, mentre i reni, aumentati di volume e di peso, presentavano già all'esame macroscopico una intensissima emosiderosi limitata alla sostanza corticale e perfino alle zone labirintiche, essendo liberi i fasci dei tuboli retti. L'esame istologico dimostra il pigmento emosiderinurico nelle varie sezioni dei tuboli contorti, fino ai tratti che si continuano con le branche discendenti delle anse. Rari sono i glomeruli con lieve emosiderosi degli endoteli muscolari e capsulari.

La emosiderinuria intensa circoscritta ai soli reni conferma l'ipotesi già formulata dall'O. che l'emolisi avvenisse nel loro letto vasale e che la dissociazione dell'emoglobina degli stromi globulari dovesse procedere in due modi: continuo, perpetuo lento, onde la trasformazione della emoglobina in emosiderina nel protoplasma degli epiteli e la conseguente emosiderinuria: rapida, tumultuosa, onde le crisi emoglobinuriche ricorrenti. Dalla storia clinica e dal reperto anatomico la malattia deve considerarsi come un'anemia a decorso cronico progressivo di natura certamente emolitica, con emosiderinuria perpetua, cui si aggiungono ricorrenti emoglobinurie, senza splenomegalia, non splenogena, con alterazioni morfologiche del sangue e con un reperto anatomico il cui fatto caratteristico è la intensa emosiderosi dei reni, assente in tutti gli altri organi.

L'osservazione clinica è pubblicata integralmente sul *Policlinico*, Sez. Med., 1° mar. 1931.

Il Prof. NAZARI illustra ampiamente un caso di anemia cronica emolitica con emosiderinuria perpetua (il 3° nella letteratura) identico, nel suo svolgimento clinico, a quelli magistralmente comunicati in precedenza dal prof. Marchiafava.

Egli propone che questa singolare ed oscura forma morbosa, la quale, pur rientrando nel quadro delle forme emolitiche, differisce da tutte quelle finora descritte, meriti, per il suo tipo speciale, di essere distinta col nome di tipo Marchiafava.

L'esame della musculatura in riposo.

Prof. G. MELDOLESI. — L'O. espone i risultati di esami sistematici della musculatura striata in 40 soggetti, fra individui normali, malati di forme miopatiche, di distrofia muscolare progressiva, di forme ipotoniche, di forme ipertoniche e di forme spastiche. In ogni malato sono state studiate la durezza (tonometro di Schietz), l'elasticità (elastometro di Gildmeister), la plasticità (elastometro di Shade), la curva della oscillabilità e infine la stirabilità (Riessor). È stata infine ricercata la influenzabilità della curva di plasticità mediante l'iniezione di novocaina proposta dal Magnus.

I risultati di tali esperienze parallele, permettono di caratterizzare le miopatie attraverso alterazioni di durezza, di elasticità e di plasticità non influenzabili dalla novocaina. Le iper e le ipotonie attraverso modificazioni caratteristiche di plasticità, di stirabilità, di oscillabilità, con caratteristico comportamento di fronte alla novocaina. Fenomeni di spasmo e di rigidità si differenziano nettamente attraverso comportamenti particolari nelle curve di oscillazione, di stirabilità, e sopratutto di plasticità, specialmente in confronto all'iniezione di novocaina.

La pressione venosa periferica e suo valore clinico.

Prof. G. MELDOLESI. e A. DE ORCHI. — Gli OO. hanno studiato l'importanza delle modificazioni della *vis a tergo* e della crasi sanguigna nella genesi di alcune ipertensioni venose, eseguendo, parallelamente alla determinazione della pressione venosa col metodo diretto, determinazioni della utilizzazione periferica dell'O_2, del tempo di replezione venosa (Gowaerts), del numero e del volume delle emazie e dell'indice refrattometrico del plasma sia del sangue venoso e nel sangue arterioso, e infine ricercando la presenza o meno del polso venoso penetrante (Eppinger). La ricerca è stata estesa a 100 casi di malattie diverse. L'importanza del fattore periferico (accelerazione della circolazione periferica) appare evidente nelle ipertensioni venose degli aortici, degl'ipertesi, dell'asma cardiaca, dell'edema polmonare acuto, del m. di Flajani-Basedow, della malaria durante l'ascesso febbrile. Il fattore periferico non acquista importanza nelle ipertensioni dei cianotici, degli edematosi, là dove esiste un marcato rallentamento della circolazione periferica.

Sopra un nuovo meccanismo di infestazione degli sclerostomidi.

Dott. G. PENSO. — L'O. mette in evidenza una nuova proprietà degli sclerostomidi (*Sclerostomum*, *Ankylostomum*, *Necator*, ecc.) e un nuovo loro meccanismo di infestazione: egli dimostra infatti come le larve degli sclerostomidi siano capaci di penetrare nel rizoma e nelle radicicole dei vegetali, di risalire, poi, nel tallo e tra i filamenti

micelici o negli interstizi tra fibra e fibra, giungendo sino a quelli che hanno lo stesso diametro della larva. Da queste osservazioni ne risulta la possibilità che ha l'uomo o gli altri animali di infestarsi a distanza per mezzo di erbaggi crudi e freschi che siano parassitati.

La prova di Petersen nella malaria.

Dott. V. PEZZERI. — L'O. ha studiato in 20 soggetti malarici la permeabilità, la resistenza e la morfologia dei capillari cutanei. Quasi costantemente ha riscontrato, tanto nella terzana benigna come nella maligna, aumento della permeabilità capillare, modificazioni morfologiche nel senso specialmente di una dilatazione ed aumento numerico delle anse; nessuna alterazione evidente della resistenza capillare. L'O. discute inoltre le varie ipotesi patogenetiche delle modificazioni descritte dando importanza all'azione chimica diretta degli umori del sangue e dei tessuti, al perturbamento del sistema nervoso vegetativo, all'insufficienza surrenale.

Il Segretario: V. PUNTONI.

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Seduta del 19 febbraio 1931.

Ischialgia radicolare da metastasi vertebrali precoci.

Prof. P. FRANCESCHINI. — In un uomo di 60 anni sono comparsi, in pieno benessere, dei dolori al malleolo esterno della gamba destra i quali sono andati rapidamente aumentando d'intensità fino a non permettere la stazione all'impiedi. Visitato al suo paese fu curato per due mesi come se affetto da sciatica banale. Ricoverato nel R. Arcispedale di S. M. Nuova, fu riscontrato che presentava tutti i segni di una ischialgia radicolare che un esame radiologico accertò essere dovuta ad disseminazione metastatica nella colonna lombare e nelle ossa del bacino. Il tumore primitivo, messo in evidenza dall'indagine radiologica, era un tumore infiltrante tutto l'antro pilorico. Il decorso è stato rapidissimo, tre mesi; negli ultimi giorni avanti il decesso si è manifestata una pleurite sinistra sieroso-emorragica che l'indagine autopsica ha dimostrato essere connessa con la presenza di numerosi noduli screматosi metastatici delle coste.

Osservazioni cliniche ed istologiche sull'azione di alcune sostanze pomfogene sul lupus volgare.

Prof. P. A. MEI NERI. — L'O. prima di esporre le ricerche compiute iniettando nelle chiazze di lupus volgare delle sostanze ad azione pomfoide ricorda tutta una serie di osservazioni precedenti, alle quali giunge mediante esperimenti sulla pelle umana normale e patologica, e dalle quali partì per indagare quale potesse essere l'azione di dette sostanze qualora venissero iniettate direttamente nel tessuto luposo.

Le sostanze pomfogene usate furono, in un primo tempo ed in un solo caso, la morfina, la istamina, ed il peptone, le quali, iniettate nelle chiazze di lupus, provocano localmente una invasione di polinucleati neutrofili e sopratutto di eosinofili, ed iperplasia epidermica e connettivale. Questi nuovi elementi penetrano anche nei tubercoli stessi, disgregandoli, distruggendo spesso le cellule giganti; mentre all'intorno di essi la iperplasia del connettivo circoscrive sempre più i tubercoli e li serra fino ad arrivare, molto spesso, ad una vera distruzione di essi.

Successivamente, in alcuni altri casi, usò il solo peptone arrivando clinicamente in alcuni di essi ad una risoluzione perfetta che sembra duratura, in altri ad una risoluzione temporanea. Questi tentativi furono fin'ora limitati a piccole chiazze di lupus volgare.

Sulla angiofilia tissulare totale.

Prof. A. LUNEDEI e dott. A. GIANNONI. — Gli OO. ricordano i risultati delle loro precedenti ricerche con le quali hanno messo in evidenza l'importanza dei fattori tissulari nella genesi delle manifestazioni emorragiche. A tale disturbo, che sarebbe caratterizzato da facile liberazione da parte dei tessuti, per le stimolazioni più diverse, di sostanze che ledono la parete dei piccoli vasi, è stato dato dagli OO. il nome di « angiofilia tissulare emorragica ». Presentano poi un caso clinico con imponenti manifestazioni di orticaria e di porpora ortostatiche. In base ai risultati delle numerose ricerche eseguite nel caso presentato, gli OO. prospettano la tesi che in questo caso il disturbo della regolazione tissulare dello stato e della funzionalità dei piccoli vasi si presenti sotto il duplice aspetto della facile liberazione di sostanze H e della facile liberazione di sostanze fragilizzanti la parete capillare.

Sulle sindromi emorragiche regionali.

Prof. A. LUNEDEI e dott. A. GIANNONI. — Gli OO. fanno presente che l'introduzione del fattore tissulare nella genesi delle manifestazioni emorragiche anche teoricamente indurrebbe a far pensare che potessero esistere, accanto alle sindromi emorragiche a patogenesi tissulare generalizzate, sindromi emorragiche anche recidivanti ma strettamente localizzate a una determinata regione e ciò senza che vi sia alcuna alterazione capillare generalizzata, nè disturbi di fattori ematici dell'emostasi. A dimostrazione di ciò presentano due casi clinici con manifestazioni emorragiche recidivanti a tipo di petecchie della mucosa orale, senza alcun disturbo dei fattori ematici dell'emostasi e senza disturbi capillari e tissulari a carico di altre zone. Gli OO. attribuiscono a tali casi il nome di « angiofilia emorragica regionale » quando la sindrome è dovuta a disfunzione tissulare localizzata, e col nome di « angiopsatirosi regionale » quando la sindrome è dovuta alla alterazione primitiva localizzata dei piccoli vasi.

Occlusione intestinale da calcolo biliare.

Dott. A. RONCATO. — L'O. descrive un caso di occlusione intestinale da calcolo biliare come reperto operativo non preveduto data l'assenza assoluta di precedenti anamnestici epatici.

Presentazione di un pezzo operatorio.

Prof. U. STOPPATO. — Presenta un pezzo operatorio proveniente da una malata di 48 anni, che non aveva presentato nessun disturbo gastrico, ma solamente da qualche mese leggero senso di dolore all'ipocondrio sinistro e obiettivamente la presenza di una tumefazione mobile, indolente, che facilmente scompariva sotto l'arco costale. All'operazione si trovò un tumore della piccola curva dello stomaco, poco lontano del cardias, del

volume di un mandarino, aderente al margine anteriore del lobo sinistro del fegato.

Dalla parte interna il tumore presenta una profonda escavazione a tipo diverticolare largamente comunicante colla cavità dello stomaco. Da un primo esame istologico sembra trattarsi di un « neurinoma ».

I Segretari: L. PICCHI-P. NICCOLINI.

Associazione Medica Triestina.

Circolo di Coltura del Sind. Fascista Medici.

Riunione scientifica del 23 gennaio 1931.

Presidente: Prof. O. OBLATH.

La rachianestesia nella pratica ginecologica.

Dott. PINO TAGLIAFERRO. — L'O. accenna alla sensibile differenza tra i risultati dei vari sperimentatori e ritiene che il fatto sia dovuto al differente criterio col quale il metodo venne dai singoli usato sia per quanto riguarda la valutazione delle sue possibilità come pure per i singoli dettagli di tecnica. Sotto la scorta delle leggi che presiedono la diffusione della sostanza anestetica nello spazio subaracnoideo accenna agli inconvenienti ai quali può dar luogo un'errata tecnica. Passa in rassegna gli inconvenienti più frequenti rilevati nei lavori consultati (fallanze, vomiti, paralisi respiratorie e cardiache, paralisi dei nervi, meningiti tossiche e settiche) per constatare come sopratutto per quanto riguarda gli incidenti mortali risulterebbe una frequenza di molto superiore a quella conosciuta per la narcosi eterea e persino quella cloroformica. Ma in questo esame comparativo sul valore dei singoli metodi ritiene che non si debba trascurare il fatto che le statistiche solite per l'anestesia da inalazione prendono in considerazione la sola mortalità immediata. Statistiche più recenti che non trascurano la mortalità tardiva danno per l'anestesia da inalazione risultati di gran lungo meno favorevoli. L'O. espone quindi i risultati ottenuti nelle sue 151 rachianestesie, nelle quali fece uso quasi esclusivo della novocaina (3 cc. di novocaina al 5 %, addizionata di 5 gocce di adrenalina al millesimo).

Escluso dal trattamento le pazienti con gravi emorragie interne e quelle in preda a shoc al fine di evitare l'azione ipotensiva della rachianestesia e quando era possibile le pazienti soggette a cefalee. In un primo tempo si valse nella preparazione delle malate della scopolamina iftopon, che poi eliminò per inconvenienti rilevati (inquietudine, pallore, prostrazione) per usare esclusivamente la morfina atropina. Fece sempre precedere la rachianestesia da un'iniezione endomuscolare di caffeina negli ultimi tempi associata con stricnina. Osservò fallanze nel 9,9 %, anestesie di breve durata nel 3,3 %.

Dott. DE GRISOGONO. — Riesce un po' difficile rilevare fatti e osservazioni nuove in un argomento, come la rachianestesia, trattato ormai da numerosi autori nelle varie riviste nazionali ed estere, e fra altri anche dall'O., nel 1906, in questa stessa sede, con una conferenza nella quale riportava le sue esperienze su 123 rachianestesie che allora potevano interessare come argomento di attualità, e perchè usate sistematicamente dagli AA. per primi a Trieste. Un certo interesse invece possono destare ancora le relazioni di esperienze con anestetici relativamente nuovi, come la tutocaina, o nuovissimi come la percaina. Ha preso dunque la parola soltanto per comunicare che nel reparto l'O. è rimasto fedele alla rachianestesia, e, seguendone sempre con interesse i progressi, ha usato da principio la stovaina, poi la tropacocaina poi la novocaina per un lungo periodo di tempo, e in fine la tutocaina; presentemente adopera la percaina Ciba con ottimo successo, fin'ora almeno. Il suo aiuto dott. Augusto Nordio anzi ha in corso di pubblicazione un lavoro in proposito, che potrà certamente interessare e per sè stesso e per essere fra i primissimi in Italia.

Il Segretario: Dott. E. NOVAK.

Società Medico-Chirurgica Bresciana.

Seduta scientifica del 20 gennaio 1931.

Presidente: Prof. R. SECCHI.

Nati- e neonati-mortalità in Italia.

Prof. DOSSENA GAETANO. — L'O. riassumendo l'argomento discusso nell'ultimo Congresso tenuto in Roma dalla Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia, riferisce che oggi in Italia la natimortalità, e la neonati-mortalità nei primi cinque giorni di vita è complessivamente del 7,24 %, il che porta una perdita annua di circa 60.000 bambini.

Illustra le cause di questa situazione, fra le quali la più importante è l'eredolue. Vengono poi le intossicazioni gravidiche (nefriti, eclampsia), le anormali presentazioni fetali nel parto, i vizi pelvici, l'asfissia, la placenta previa, il distacco di placenta normalmente inserita e il parto prematuro. Asserisce che la nati-mortalità e la neonatimortalità possono facilmente, ma unicamente, diminuire con una migliorata organizzazione dell'assistenza materna che valga a mantenere la gestante a domicilio sotto più vigili cure di igiene prenatale ed a condurre la gestante malata o la partoriente distocica più presto e in tempo utile alle cure dei competenti istituti di maternità.

Il centro bresciano per la diagnosi e la cura dei tumori.

Prof. ALBERTI OLINDO. — L'O. ricorda l'opera da lui svolta per ottenere che anche in Brescia, dove esiste uno fra i più grandi e meglio attrezzati ospedali d'Italia, fosse istituito un Centro per la diagnosi e la cura dei tumori, opera che coll'acquisto di mezzo grammo di Radium è stata già da qualche tempo portata a felice compimento.

Questo Centro funziona anzitutto a mezzo di un Consultorio, costituito da esponenti delle varie specialità. Nella scelta dei criteri curativi esiste intima collaborazione fra gli specialisti delle varie branche, e particolarmente fra chirurghi e radiologi. Numerosi e assai soddisfacenti, sono i risultati ottenuti in tre anni di radium-chirurgia. L'O. insiste sulla assoluta necessità di una più intensa propaganda fra il pubblico e fra i medici, affinchè pervengano al più presto all'Ambulatorio gratuito del centro diagnostico tutti i casi anche solamente sospetti di tumore. L'O. auspica una sempre più stretta e fattiva collaborazione di tutte le forze impegnate nella lotta (Sez. bresciana della Lega contro il Cancro, Centro di diagnosi e di cura dei tumori, medici pratici, istituzioni varie, ecc.).

Il Segretario: Prof. MARIO FIAMBERTI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Ictus laringeo in corso di laringo-tracheite spasmodica.

Vien riferita l'osservazione clinica d'un paziente di 36 anni, il quale nel 1916 soffrì una bronchite secca con tosse molesta, ripetutasi negli anni successivi fino al 1928; nel 1917 fu esposto all'azione dei gas asfissianti; nel 1927 in conseguenza d'una ricaduta della forma bronchiale, presentò una tosse a tipo prevalentemente pertussoide, a cui si aggiunsero, in coincidenza degli attacchi di tosse più violenta, delle manifestazioni nervose speciali, che ne obbligarono il ricovero in Clinica.

Esse sono caratterizzate da un molesto senso di prurito in gola, che provoca subito l'insorgenza d'un accesso di tosse più o meno prolungato, ma a tipo progressivamente accelerato come nella pertosse, senza però la caratteristica ripresa; sotto questi colpi di tosse il paziente diventa cianotico intensamente, fino a che, se in piedi, stramazza improvvisamente a terra privo di coscienza, se coricato, si ha solo la perdita di coscienza, ed una completa rilasciatezza muscolare degli arti e del corpo.

Con la perdita della coscienza cessa l'accesso di tosse, il respiro ed il polso sono superficiali e frequenti, ed il colorito violaceo cede il posto ad un pallore estremo, cadaverico. Durante l'accesso i riflessi cutanei e tendinei sono quasi normali, e così quello pupillare alla luce; non vi è mai stata perdita di feci o di urine.

Nella considerazione diagnostica di tale quadro morboso, M. Dalla Palma (*Giorn. Med. Alto Adige*, f. 2 febbr. 1931) si domanda e discute se tali accessi possano essere attribuiti ad una forma epilettica; ma per una somma di considerazioni e per inefficacia della cura a base di alte dosi di bromuri, egli esclude la natura epilettica degli attacchi presentati dal paziente.

Invece la costituzione nettamente brachitipa e vagotonica del soggetto, lo stato spastico diffuso a tutto l'apparato respiratorio e l'eosinofilia dell'escreato orientano il criterio diagnostico verso la laringotracheite spasmodica, con fatti bronchiali spastici diffusi, e grave stato di enfisema polmonare.

L'A. passa in rapida rassegna le particolarità cliniche della laringotracheite spasmodica, durante la quale si è manifestato l'ictus laringeo presentato dal paziente, e pensa che tale forma sia l'effetto di disturbi circolatori dei centri nervosi, che si istituiscono per doppia azione, riflessa e meccanica, in soggetti vagotonici e spesso alcoolisti.

L. Carusi.

Considerazioni sullo starnuto. A proposito di un caso di starnuto a tipo parossistico.

G. Canuyt e E. Vaucher (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 16 febbraio 1931) hanno osservato un caso di starnuto a tipo parossistico in una giovane donna affetta da crisi di starnuto parossistico fin dal novembre 1926. Gli starnuti sopravvennero nel corso di una coriza in apparenza banale ed erano estremamente frequenti (500-600 al giorno); non si accompagnavano ad idrorrea nasale. Cause molto varie (polvere, fumo, odori di piante, emozioni) aumentavano considerevolmente la frequenza degli starnuti. Un trattamento endonasale medico e chirurgico fu seguito quasi immediatamente dalla scomparsa completa degli starnuti per un mese. Poi il disturbo poco a poco ricomparve e si accentuò in seguito alla morte improvvisa del padre dell'inferma, per sparire di nuovo grazie ad un trattamento endonasale associato alla diatermia, e questa volta la guarigione si mantenne per otto mesi. Alla fine del 1928 gli starnuti ricominciarono; questa volta ad un trattamento endonasale fu aggiunto un trattamento generale desensibilizzatore. Si ottenne una nuova guarigione che si è mantenuta per più di 18 mesi.

Bisogna considerare queste crisi di starnuto come di origine puramente nevropatica? Gli AA. non lo credono. Il caso ha, sotto vari punti di vista, delle analogie con la corizza spasmodica aperiodica semplice; se ne differenzia per l'assenza di scolo nasale, di segni oculari, bronchiali e respiratori (asma). Nel caso riferito esistevano delle sensibilizzazioni certe rispetto a varie piante. In realtà starnuto a tipo parossistico, corizza spasmodica e asma da fieno sono da considerare affezioni molto vicine fra loro dal punto di vista patogenetico. Come nell'asma l'elemento secretorio può essere presente o difettare, così nelle crisi di starnuto alcune possono essere ridotte al solo starnuto, altre essere accompagnate da catarro o idrorrea nasale. D'altra parte, le emozioni avevano nel caso descritto importanza nella produzione delle crisi, ma le nostre concezioni sulla natura dell'isteria si modificano continuamente e molte osservazioni recenti dimostrano che alla base delle turbe nevropatiche non sta solo un fattore psicologico ma delle modificazioni fisiologiche, specialmente dei disturbi simpatici.

L'ipereccitabilità simpatica è la base comune dell'asma, della coriza spasmodica, dello starnuto a ripetizione, ecc. Essa spiega perchè questi malati si sensibilizzano così facilmente e perchè essi migliorano con le cure che agiscono sul sistema vago-simpatico.

C. Toscano.

Comuni "raffreddori" e catarro nasale.

Il medico non è consultato da chi ha un « raffreddore » solo eccezionalmente, ma da chi ha raffreddori spesso. Il raffreddore può, per la sua frequente ripetizione, diventare fattore economico importante per le forzate assenze dal lavoro, dalla scuola. Spesso è la causa di malattie dell'orecchio, della laringe, del polmone, e, quando si ripete con frequenza, spiega la persistenza di certe cefalee.

Il « raffreddore » dovuto a causa microbica che si manifesta a lunghi intervalli in persona sana, richiede un trattamento diverso dal raffreddore ricorrente spesso o dal catarro nasale cronico. In questa seconda forma le cause possono essere *intranasali* (deformità del setto nasale; ipertrofia dei turbinati; ipertrofia della mucosa), *extranasali* (errori d'igiene per stanze sovrariscaldate o insufficiente ricambio d'aria o eccessivi indumenti o vestiti troppo leggeri; vegetazioni adenoidi; gotta; reumatismo; sifilide; diabete) e *microbiche*.

La cura va fatta secondo la causa. Le anomalie nasali vanno trattate direttamente; spesso così si eliminano i raffreddori. Si curerà l'igiene del vestiario e l'esercizio muscolare magari a domicilio per i malati che non possono esporsi alle intemperie. In qualche caso può essere utile una cura ricostituente (fosfati, p. e.), in qualche altro caso occorre ridurre il fumo. Se c'è abbondante secrezione nasale si facciano lavaggi del naso. Nei bambini spesso è utile una cura locale del naso con spruzzatori (con soluzioni oleose di mentolo o mentolo e canfora). Se c'è ipertrofia della mucosa può essere utile il termocauterio. Per il catarro secco dei vecchi o di altri che vivono in ambienti caldi è utile l'uso di spruzzi con balsamici (pinolo, eucaliptolo).

Una volta manifestatosi il « raffreddore » la sola cosa da fare è di renderlo meno penoso al malato mediante applicazione di mentolo o mentolo e formalina nelle narici, o con docce nasali. La cura abortiva col bagno caldo seguìto da somministrazione di polvere del Dover o di chinina non dà sempre risultati. Se non dà risultato la cura abortiva, spesso il p. guarisce stando due giorni al letto e purgandosi. La dieta non richiede restrizioni. La cannella può essere utile. I raggi ultravioletti sono stati largamente usati tanto per applicazioni locali che per applicazioni generali; ma quelle locali se usate poco accuratamente fanno più male che bene.

La vaccinoterapia non modifica le condizioni predisponenti, però in qualche caso ha dato buoni risultati (specialmente con vaccini polivalenti).

R. LUSENA.

La cura degli ascessi peritonsillari.

Il malato che si presenta al medico per un ascesso peritonsillare ha quasi sempre, nell'anamnesi, una storia di tonsilliti o di altri ascessi precedentemente sofferti, oppure l'affezione segna l'inizio di una lunga serie di recidive. Ad intervalli di mesi o di anni, si ripresenta l'ascesso, ad ogni causa morbigena banale; il chirurgo interviene nuovamente con l'incisione del pilastro palatino anteriore o pratica la puntura evacuativa della raccolta, consiglia i soliti gargarismi e la tonsillotomia, una volta cessata la flogosi. Ma difficilmente il paziente si presenta per l'operazione a freddo, con la vana speranza che l'ascesso non si riproduca.

Occorre in questi casi, come bene osserva E. Borghesan (*Il Valsalva*, marzo 1931) una cura radicale. Però, i metodi fin qui in uso anzitutto non sono sempre sufficienti per svuotare l'ascesso, per cui la guarigione si fa attendere qualche giorno e non danno alcuna garanzia per le recidive.

Con alcuni metodi, poi, si possono anche avere delle complicazioni, quali l'edema dei pilastri.

Invece il metodo del Bilancioni evita ogni inconveniente e fa sì che la risoluzione del processo infiammatorio proceda rapida e definitiva.

Il metodo consta di due tempi. Nel primo, mediante uno strumento ottuso, quale la pinza di Struyken a branche chiuse, si distacca il corpo della tonsilla dalle aderenze col pilastro anteriore. Fuoriesce subito del pus che si fa allontanare con gargarismi. Detersa così la regione, si passa al secondo tempo il quale consiste nell'asportare, per mezzo di un conchotomo, la metà superiore della tonsilla, raggiungendo il fondo della sua loggia. Cessate le sofferenze provocate dall'intervento, il malato sta meglio, il trisma è ridotto, la deglutizione riesce poco dolorosa; pezzetti di ghiaccio e bevande fredde agevolano il risolversi della flogosi. Dopo qualche ora, la temperatura cade, la gola si detumefà, il paziente può ritenersi guarito.

Il metodo consta di due tempi. Nel primo, 1918 e che è stato recentemente proposto all'estero sotto altri nomi, è concepito secondo le conoscenze di anatomo-patologia della tonsilla; con l'asportazione del polo superiore di questa, si apre largamente la fossetta, si distaccano le eventuali aderenze fra tonsilla e loggia e si asporta quella parte di tessuto linfatico, di cui le cripte malate darebbero luogo ad una nuova flogosi.

Sono state sollevate due obbiezioni a questo metodo; la possibilità di un'emorragia (mai osservata e non diversa da quella che può in-

sorgere per le comuni tonsillotomie) e quella di una diffusione ematica dei germi, eventualità più teorica che pratica, che si presenta anche per l'apertura del più modesto foruncolo del sottocutaneo.

Il metodo, largamente usato, non ha mai dato luogo ad inconvenienti.

fil.

Le congestioni polmonari dei gottosi.

La congestione polmonare acuta nei gottosi non richiede un trattamento particolare, ma la consueta medicazione delle congestioni polmonari acute (ventose scarificate, impacchi caldi, pozione all'estratto fluido di china-china e tintura di cannella). Puchaud e Radeau (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 1930, n. 6) consigliano un trattamento con alcalini da prescriversi dopo la convalescenza: carbonato di litio cg. 10, bicarbonato di sodio cg. 5; per 1 cart. da prendere 3 al giorno per 10 giorni al mese.

Se la congestione polmonare è torpida e non si svolge con febbre, si darà un'alimentazione moderata e si faranno prendere prima dei pasti, in 1/2 bicchiere d'acqua 1-2 cucchiai da frutta di una soluzione di acido fosforico (68 grammi, in 1 litro di acqua bollita).

Contro gli accessi flussionari, è stata consigliata la medicazione antigottosa di: estratto di semi di colchico (pillole da 6 cg., 2 al giorno per 3 giorni), solo od associato a solfato di chinina (15 cg.).

Altri preparati servono bene nella gotta articolare, ma non nelle localizzazioni extraarticolari.

fil.

Diagnosi e terapia della gangrena polmonare. Il trattamento pneumotoracico.

Malgrado la ordinaria evidenza di alcuni segni, la diagnosi di gangrena polmonare non raramente sfugge o talora è posta solo in periodo avanzato, e ciò non soltanto in forme subdole, a scarsa sintomatologia, ma anche in casi ben patenti.

G. Della Torre (*Rivista di Clin. Medica*, settembre 1930) a questo riguardo insiste su di un sintoma umile, come dignità semeiotica, ma di tutta evidenza, il fetore dell'escreato e dell'alito. È questo uno dei sintomi fondamentali e più appariscenti, ma talora può essere misconosciuto o perchè lo sputo è fetido appena emesso e poi rapidamente diventa inodoro, oppure perchè solo alcuni sputi sono fetidi, o perchè il fetore, massimo nei primi giorni, poi si attenua più o meno spiccatamente. Occorre dunque un interrogatorio accurato dell'ammalato, al quale ben difficilmente può essere sfuggito il carattere fetido degli sputi.

Un elemento diagnostico che ha grande importanza per la scelta del trattamento è la topografia della lesione, cioè: sede del focolaio gangrenoso, estensione, condizione del restante parenchima polmonare e della pleura. A questo riguardo la radiologia fornisce dati preziosi.

Secondo l'A., il pneumotorace terapeutico rappresenta oggidì il metodo meno pericoloso e più benefico nella cura dei processi gangrenosi del polmone. Non lo controindicano le aderenze limitate della pleura nè la fase iniziale del processo nè le condizioni scadute del malato; può essere applicato nei focolai unilaterali, non corticali, sia del lobo superiore che del lobo inferiore del polmone. Condotto con cautela, con frequenti controlli radiologici, darà ben raramente complicazioni dannose. Il rapido miglioramento sarà guida al proseguimento della cura.

L'eventuale insuccesso subito dopo le prime introduzioni deve far vagliare le possibilità d'intervento chirurgico. Il pneumotorace va mantenuto in media tre o quattro mesi e deve essere completato con la terapia medica e l'aeroterapia.

C. Toscano.

Le medicazioni specifiche, o pretese specifiche, della bronco-polmonite infantile.

La terapia delle broncopolmoniti infantili comprende da un lato le svariate medicazioni sintomatiche: antitermiche, revulsive, stimolanti, espettoranti ed antiasfittiche, e, dall'altro lato le cosidette medicazioni specifiche.

Di queste ultime si occupa Marfan (*Journ. des prat.*, 21 febbraio 1931), considerando: la sieroterapia e la batterioterapia.

La prima è stata praticata sia col siero antipneumococcico che con quello antistreptococcico e antidifterico.

Il siero antipneumococcico è stato usato dall'A. iniettandolo per via sottocutanea o intramuscolare, tralasciando quella endovenosa, endotracheale, e intrapneumonica o pleurica, proposte da altri, perchè difficilmente attuabili o pericolose.

In ultima analisi, nessuna influenza netta ha tale siero dimostrato di possedere sulla mortalità infantile, per cui l'A. da vario tempo l'ha abbandonato.

Egualmente inefficace si dimostrò il siero antistreptococcico, mentre quello antidifterico è da usarsi nei casi in cui la bronco polmonite è secondaria alla difterite.

Per quel che riguarda la batterioterapia, sono stati impiegati differenti vaccini. Quello di Salimbeni, comprendente pneumococchi, streptococchi, stafilococchi, piocianei, oltre al b. cutis comune, ha dimostrato di possedere discreta azione profilattica, piuttosto che curativa. Quello di Duchon, contenente lisati di 7 forme batteriche: (pneumococchi, streptococ-

chi, stafilococchi, coccobacilli di Pfeiffer, micrococchi catarrali, colibacilli e b. difterici), ha ugualmente azione profilattica notevole, riuscendo anche a limitare la mortalità.

Quelli di Dufourt e Minet, finalmente, posseggono del pari attività curativa. Tutti poi sono privi di qualsiasi inconveniente.

L'incertezza ed incostanza dei resultati rende tuttavia l'A. molto prudente nelle conclusioni, ritenendo che, in ultima analisi, la batterioterapia non rappresenta ancora che un mezzo ausiliario di cura.

Ciò è giustificato fondamentalmente dal fatto che è assai difficile immunizzare gli animali contro lo streptococco e contro lo pneumococco, essendo tali microbi dei cattivi antigeni.

La maggior parte di coloro che sostengono di aver ottenuto buoni resultati dall'impiego di simili prodotti batterici, ammettono del resto che non si tratti di vaccini veri e propri, pur non essendo conosciuto il meccanismo preciso per il quale si genera l'immunità.

È appunto per tale ragione che il Marfan preferisce, per ora, di parlare di batterioterapia, piuttosto che di vaccinoterapia.

M. FABERI.

Trattamento semplificato dell'empiema nel bambino.

Il metodo proposto da C. Noeggerath (*Münch. Med. Woch.*, 20 febbraio 1931) consiste nel praticare una semplice pleurotomia, senza costotomia, stabilendo poi il drenaggio della cavità per mezzo di un tubo di gomma o di materiale da medicazione, senza lavaggi di alcuna sorte, e senza praticare aspirazione.

Nei 34 casi in tal modo trattati, l'A. avrebbe potuto constatare la rapidità della guarigione, congiunta alla semplicità del procedimento.

M. FABERI.

IGIENE.

In tema di profilassi antirachitica.

Il moltiplicarsi degli studi sulle varie questioni riguardanti il rachitismo, ha portato a nuove concezioni, che hanno modificato i criteri della profilassi e della terapia.

Si è intanto assodato in modo indubbio trattarsi di un disturbo dipendente in gran parte dall'ambiente creato dalla civilizzazione e dall'industralizzazione, sì che il ritorno alla vita libera della campagna può rappresentare già un notevole progresso d'indole profilattica sociale.

Di minore importanza sembra invece essere, per noi italiani almeno, il fattore della sifilide ereditaria, ammesso con grande insistenza dal Marfan.

È verso due circostanze patogenetiche fondamentali che tende piuttosto ad organizzarsi la lotta profilattica; da un lato cioè la speciale carenza alimentare, e dall'altro lato la mancanza d'irradiazione ultravioletta invernale.

Difficoltà di varia indole non permettono di esercitare azione di profilassi in tale senso già nel periodo prenatale, vale a dire nella donna gestante; ed egualmente difficilissimo riuscirebbe il tentativo di applicare la profilassi sin dall'inizio della vita e sulla massa dei neonati. Ci si dovrà dunque contentare di sorprendere e combattere il disturbo sin dalla comparsa dei primi segni morbosi.

Si riserverà perciò l'irradiazione diretta alla lampada ultravioletta e la somministrazione di latte irradiato a quei pochi casi in cui sarà possibile farlo senza difficoltà eccessive, limitandoci invece, per la grande maggioranza, all'uso precoce di ergosterina irradiata.

Tale sostanza possiede invero il vantaggio grande del costo basso e della semplicità di propinazione, e tutti gli autori sono concordi nel decantarne l'efficacia.

Ciò non farà trascurare, in ogni modo, gli altri presidii che possediamo d'indole profilattica, rappresentati dall'esposizione al sole, la vita all'aria libera, l'igiene accurata e l'alimentazione congrua, evitando la sovralimentazione, specie lattea.

Fin dal 6° mese, sostiene O. Cozzolino (*Il Lattante*, n. 3, 1931), si può poi somministrare un mezzo tuorlo d'uovo, nel quale è contenuta vitamina antirachitica quasi quanta ne contiene l'olio di fegato di merluzzo.

M. FABERI.

SEMEIOTICA.

La sierologia della gonorrea e la sua utilizzazione pratica.

W. Schönfeld (*Die Med. Welt*, 6 dicembre 1930) ha praticato su larghissima scala la reazione del fissaggio del complemento per la blenorragia.

Dalle sue accurate ricerche risulta che la percentuale di reazioni positive va aumentando man mano che le blenorragie invecchiano o si complicano; le iniezioni di vaccino possono trasformare una reazione negativa in una debolmente o francamente positiva.

La reazione si è dimostrata positiva nell'8 % di persone sicuramente non infette di blenorragia, ma con altre affezioni della cute, sopratutto di natura tubercolare: ad ogni modo bisogna tener conto della possibilità di una reazione positiva aspecifica.

Le iniezioni di vaccini (Arthigon, Gonoyatren) possono trasformare la R. in positiva.

Nelle forme lunghe o complicate di blenorragia, la R. resta positiva, anche dopo l'apparente guarigione clinica.

Praticamente, la reazione del complemento permette solo una diagnosi generale, e quando sia negativa non esclude la presenza della malattia; essa non è specifica al 100 %, ma in questo segna le sorti di tutte le reazioni biologiche.

L'uso della R. acquista notevole importanza per la diagnosi differenziale specialmente in casi di blenorragia antica, che abbia lasciato residui di natura dubbia; in genere la R. resta positiva per circa 3 mesi dopo la guarigione clinica, ma se dura ancora di più la guarigione stessa va posta in dubbio. In base all'esperienza d'oggi non si può attribuire a questa R. un valore prognostico.

Anche Foerster (*Münch. Med. Woch.*, 31 ottobre 1930) ha messo in evidenza il valore diagnostico della reazione. V. Serra.

RUBRICA DELL' UFFICIALE SANITARIO

La profilassi delle malattie sociali.

Malattie veneree.

Oltre alle norme di profilassi contro le malattie infettive acute, nelle nostre leggi sanitarie sono contenute molte importanti disposizioni per la difesa contro quelle malattie croniche che si sogliono spesso indicare come malattie sociali: la malaria, la tubercolosi, le malattie veneree, la pellagra (ormai scomparsa come malattie endemica), ecc. Ci limiteremo ad illustrare quei punti di questa legislazione che più particolarmente interessano l'ufficiale sanitario, essendo gran parte dell'applicazione delle relative disposizioni devoluta ad altre autorità sanitarie o ad enti diversi.

Profilassi delle malattie veneree. Agli effetti della pubblica profilassi, l'art. 136 del T. U. delle leggi sanitarie considera la blenorragia, l'ulcera semplice contagiosa e la sifilide nelle loro manifestazioni contagiose; di queste sono sottoposte ad obbligo di denunzia (D. M. 15 ottobre 1923) solamente la sifilide nei casi di sifilide da baliatico ed in quelli di sifilide con manifestazioni contagiose riscontrati nelle scuole, negli opifici industriali, negli istituti di cura e di educazione ed in genere in tutte le collettività, sia civili che militari; e l'oftalmoblenorrea dei neonati. Molteplici disposizioni per la profilassi delle malattie veneree, come quelle sulla vigilanza sul meretricio, sui dispensari e sale celtiche, ecc. (T. U. delle leggi sanitarie, art. 136-156; Regolamento generale sanitario, art. 168-182; Regolamento per la profilassi della sifilide e delle malattie veneree 25 marzo 1923, n. 846), sono di competenza dell'autorità sanitaria provinciale. Allo ufficiale sanitario interessano sopratutto le norme relative alla *sifilide da baliatico* ed al *baliatico mercenario*, prima contenute nell'articolo 148 del T. U. e negli art. 183-186 del regolamento generale sanitario, e successivamente riunite e completate nel decreto luogotenenziale 4 agosto 1918, n. 1395, che approva il nuovo regolamento per la tutela igienica del baliatico, e nell'ordinanza ministeriale 6 giugno 1919, portante provvedimenti per la tutela igienica del baliatico specialmente nei riguardi della profilassi della sifilide. Ne ricorderemo i punti più importanti.

L'esercizio del baliatico è subordinato ad una autorizzazione da rilasciarsi dal Podestà alle donne di buona condotta dichiarate, in seguito a visita medica, fisicamente idonee ed immuni da sifilide e da altre malattie infettive e trasmissibili. La visita medica, dove non esiste un ufficio speciale di vigilanza sul baliatico od un brefotrofio od altro istituto del genere, è eseguita dall'ufficiale sanitario. L'autorizzazione, oltre le generalità e i connotati della balia (e la fotografia autenticata), deve contenere le seguenti indicazioni: data dell'ultimo parto; numero delle gravidanze e loro esiti (eventuali aborti e parti prematuri, nati vivi e nati morti) e dei figli viventi; data del certificato della visita medica. L'ufficiale sanitario deve impiantare e tenere al corrente un registro delle donne residenti nel Comune autorizzate ad esercitare il baliatico; l'ufficio comunale è tenuto a fornire gratuitamente ai privati, che ne facciano richiesta, l'elenco delle balie autorizzate.

Ogni bambino, che venga affidato a baliatico, deve essere accompagnato da un certificato medico dichiarante se è o no affetto da sifilide. Di tale certificato, redatto in doppia copia, un esemplare è conservato dalla balia insieme al proprio atto di autorizzazione, l'altro resta alla famiglia o all'ente che ha dato a balia il bambino.

Le agenzie di collocamento di balie devono essere autorizzate dal Prefetto ed avere un registro delle balie iscritte e di quelle collocate; le dette agenzie sono sottoposte alla vigilanza diretta dell'ufficiale sanitario, al quale son tenute a comunicare, di volta in volta, il nome delle balie iscritte o collocate. Ogni balia autorizzata, quando prende a baliatico un lattante, deve dare immediata comunicazione delle generalità del bambino all'ufficiale sanitario. Essa inoltre ha l'obbligo di presentarsi, ogni quindici giorni, al suddetto funzionario per far constatare lo stato di salute proprio e del bambino, e di denunziargli qualunque malattia di quest'ultimo, come pure la sua restituzione ai genitori o all'istituto da cui proviene.

Se un lattante è riconosciuto affetto da sifilide si provvede al suo allattamento per mezzo della madre o, quando non fosse possibile, per mezzo di una balia sifilitica o coll'allattamento artificiale. Se il riconoscimento della malat-

tia avviene dopo che il bambino è stato affidato ad una balia, questa non deve allattare altri bambini e deve esser tenuta in osservazione per un periodo sufficiente ad accertare che non abbia contratto l'infezione, durante il quale si provvede all'allattamento nel modo sopraindicato. Se la balia ha contratto la malattia, può continuare l'allattamento. In tal caso, come in ogni altro di denuncia di sifilide trasmessa per baliatico, l'autorità sanitaria provvede alla cura gratuita della balia infetta in un ospedale, oppure a domicilio, quando la balia ne abbia i mezzi ed un medico ne assuma, con dichiarazione scritta, la responsabilità; il ricovero delle balie, ed eventualmente del bambino, in caso di necessità, può essere ordinato di urgenza ed anche in ospedali i cui statuti lo vietano. Per l'allattamento di bambini affetti da sifilide, su parere favorevole dell'ufficiale sanitario, il Podestà può rilasciare alle balie sifilitiche una speciale autorizzazione, nella quale sarà espresso l'assoluto divieto di allattare bambini non sifilitici. Anche tali autorizzazioni vengono annotate nel registro dell'ufficiale sanitario.

Gli ufficiali sanitari debbono inviare, ogni trimestre, al Prefetto particolareggiate informazioni sul funzionamento del servizio del baliatico, e dare comunicazione alla stessa autorità di qualunque circostanza aggravante che si verifichi nelle condizioni sanitarie dei bambini e specialmente dell'insorgenza di malattie infettive e dell'aumento della mortalità al di sopra della media normale.

I brefotrofi e gli istituti del genere hanno l'obbligo di tenere un reparto speciale per bambini sifilitici, i quali devono essere allevati con allattamento artificiale o per mezzo di balie sifilitiche debitamente autorizzate. Questa prescrizione è stata ripetuta nell'art. 9 del regolamento 29 decembre 1927 numero 2822, per l'esecuzione del R. decreto-legge 8 maggio 1927 n. 798 sull'ordinamento del servizio di assistenza dei fanciulli illegittimi abbandonati o esposti all'abbandono, e nell'art. 201 del regolamento 15 aprile 1926 numero 718 per l'esecuzione della legge 10 decembre 1925 n. 2277 sull'Opera Nazionale per la protezione ed assistenza della maternità e dell'infanzia, alla quale Opera è devoluta la vigilanza su tutte le forme di assistenza all'infanzia e perciò anche quella sull'applicazione delle disposizioni per la tutela igienica del baliatico. Queste disposizioni assumono un'importanza essenziale nel quadro della politica sanitaria demografica perseguita dal Governo Nazionale, specialmente nei riguardi della profilassi della sifilide, ed è compito dell'ufficiale sanitario esigerne la scrupolosa osservanza.

A. FRANCHETTI.

VARIA.

La nebbia mortale.

A proposito della nebbia mortale della vallata della Mosa, M. Herman (*Le Scalpel*, 7 marzo 1931) fa alcune considerazioni sull'azione nociva della nebbia e dei vapori tossici che in essa possono essere contenuti.

Si dice che la nebbia per sè stessa non uccide. Vi sono evidentemente delle nebbie molto dense che non producono danni disastrosi; ma chi dice nebbia, dice anche umidità, brusco raffreddamento, polvere e assenza di vento. Un'aria senza polveri, saturata di vapor d'acqua, non dà nebbia per raffreddamento. Negli ambienti abitati le polveri non mancano mai e sono esse che determinano la formazione delle nebbie. Pure ammettendo che le polveri non siano nocive per sè stesse, si ha il diritto di affermare che la nebbia non è dannosa quando, benchè pura, è di una certa densità? Sarebbe anche contro l'osservazione quotidiana; ed i disturbi fisiologici osservati variano in natura e in gravità secondo lo stato di salute e di resistenza del soggetto, la sua età, la sua storia patologica. I vecchi ed i deficienti polmonari o cardiaci possono talora soccombere, non però con la frequenza constatata nel sinistro attuale.

Vi è dunque qualche altra cosa: dei gas tossici, di natura molto variabile, possono essere tenuti in sospensione nella nebbia, specialmente nelle regioni industriali.

Si obbietterà che questi stessi veleni gassosi agirebbero anche senza nebbia, ma bisogna notare che questa si forma solo in assenza di vento. In queste condizioni la diluizione dei fumi e dei vapori non avviene nell'atmosfera; da ciò l'azione di concentrazione di gas nocivi in certi punti. Inoltre la densità della nebbia si oppone alla diffusione gassosa.

Un altro elemento da tenere in considerazione è costituito dagli scambi gassosi fra l'aria del suolo e l'atmosfera. L'aria del suolo contiene, secondo Fluegge, da 0,2 a 14 % (in media il 3 %) di anidride carbonica, tracce di ammoniaca e di gas di decomposizione (idrogeno solforato ed idrocarburi). Gli scambi gassosi fra l'aria del suolo e l'atmosfera sono in dipendenza delle differenze di temperatura, delle variazioni della pressione atmosferica, del movimento della falda d'acqua sotterranea, ecc. Se l'aria libera non contiene normalmente che 4 decimillesimi di anidride carbonica, ciò avviene, a prescindere dalla funzione clorofillica, per la diluizione prodotta dai movimenti dell'atmosfera; quando questa ventilazione è soppressa, l'acido carbonico si accumula nei punti bassi in proporzioni che possono anche cagionare accidenti mortali.

La quistione è dunque complessa e non può essere facilmente risolta. C. TOSCANO.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Esagerazioni e realtà.

Il prestigio della classe medica sta ricevendo colpi duri.

Si è già data notizia della campagna del *Popolo d'Italia* contro il caro-medicinali, che l'autorevole giornale milanese vorrebbe attribuire alla cointeressenza stabilitasi tra medici e produttori di specialità farmaceutiche.

Contemporaneamente il prof. Bocchetti denunziava, con coraggiosa franchezza, la commercializzazione del pneumotorace, il quale verrebbe indicato e praticato senza alcuna necessità e talvolta con danno dei pazienti, a solo scopo di lucro.

Contro queste critiche alla onorabilità della classe, sono insorti i medici. Le associazioni sindacali, i giornali professionali hanno messo le cose a posto, osservando che non è lecito generalizzare.

Tuttavia tra le esagerazioni da una parte e le negazioni dall'altra si scorge la verità. E la verità è questa: che vi sono alcuni medici che si prestano al *compérage*, altri che praticano ricerche diagnostiche inutili o procedimenti terapeutici non necessari o dannosi, altri ancora che prescrivono cure in speciali stabilimenti o in case di salute, alla cui gestione sono cointeressati. Ma la massa esercita ancora e sempre con correttezza.

Il prof. Ettore Levi, prendendo occasione delle recriminazioni del Bocchetti, ha fatto, sulla rivista *Lotta contro la tubercolosi*, un'accurata disamina delle cause dell'asserita decadenza morale professionale.

Egli l'attribuisce alle difficoltà economiche, all'eccessivo tecnicizzarsi della medicina, alla socializzazione della professione, alla insufficiente istruzione etica dei medici.

Molto opportunamente il Levi rileva che i giudizi e i consigli orali dei medici subiscono un progressivo deprezzamento.

Quel che vale ed è effettivamente ricompensata è la manualità della professione.

Da ciò la differente valutazione dell'opera del chirurgo, dell'odontoiatra, del radiologo e simili da una parte e del medico generico dall'altra, a tutto vantaggio dei primi.

Ed è perciò che ogni qualvolta nuovi ritrovati della medicina consentono ai medici di applicare determinate pratiche di ordine chirurgico ai loro malati di medicina interna, essi tendono a valersene.

Quando, or sono trent'anni, si cominciarono ad usare le iniezioni ipodermiche a scopo terapeutico, tutti i medici considerarono tale nuovo indirizzo come una manna.

Ma fu un vantaggio di breve durata perchè infermieri ed infermiere fecero una facile concorrenza, che svalutò completamente la prestazione delle iniezioni.

I medici tentarono rifarsi con le iniezioni endovenose, di cui si fece largo uso ed abuso, e poi con il pneumotorace, le punture esplorative, gli esami serologici e radiologici, con le cure fisiche richiedenti un complesso macchinario.

Tutto questo è ben vero. Ma, a nostro avviso, non rappresenta una causa della decadenza morale della professione, ma solo il mezzo con il quale esso si estrinseca.

Allo stesso modo, la criminalità non è prodotta dal fatto che esistono coltelli e seghe circolari, ma dalla capacità ad adoperare questi mezzi per uccidere o vuotare le casse forti.

Nè la deplorevole decadenza può attribuirsi ad una deficienza culturale o educativa particolare alla classe medica.

Per esercitare onestamente la medicina come qualsiasi altra professione, occorrono principii morali comuni.

Se è vero che alcuni medici di oggi sono meno scrupolosi, più tendenti al commercialismo, ciò non si può attribuire ad un'insufficiente preparazione culturale e morale dei medici, e tanto meno alla costituzione particolare degli individui che compongono la classe.

La degenerazione del costume professionale non può essere che un elemento costitutivo ed esponente della diminuita moralità dell'ambiente civile, dal quale i medici provengono e nel quale vivono.

Nè a correggere l'inconveniente possono valere l'insegnamento dell'Etica medica e della Deontologia, indipendente o legato ad una cattedra di Psicologia medica o di Medicina Sociale, la cui istituzione il Levi auspica.

Le cattedre sono già troppe e lo stesso Levi, nel suo articolo, attribuisce alla loro moltiplicazione la decadenza culturale dei medici moderni.

E le prediche fatte anche da cattedre autorevoli possono relativamente poco su individui costituzionalmente immorali, o che all'immoralità possono essere indotti dalla necessità o dal contagio ambientale.

Le malefatte che si imputano ai medici si deplorano anche in altre classi professionali. E tutte sono prevalentemente determinate dal disagio economico, che è un prodotto della crisi che attraversa il mondo intero.

Questa crisi genera la pletora professionale che a sua volta aggrava la situazione.

Abbiamo voluto affrontare deliberatamente — sia pure con riluttanza — il problema, per dissiparne molte ombre e valutare la necessità di portarvi un rimedio, nell'interesse della famiglia medica e della collettività sociale.

Conviene vincere la ripugnanza a svelare il male, se vogliamo conoscerlo e tentare di curarlo.

Pangloss.

Cronaca del movimento professionale.

Le Casse Mutue Malattia per i lavoratori agricoli.

Presieduto dall'on. dott. Razza si è riunito il Consiglio di Amministrazione della Federazione Nazionale Fascista delle Casse Mutue Malattia per i lavoratori agricoli.

Il Consiglio ha preso atto con compiacimento di una iniziativa assai utile riguardante la raccolta di dati intorno alle legislazioni straniere ed ai risultati pratici conseguiti nei vari Paesi per l'assicurazione malattia.

Il Segretario Generale avv. Roberti ha riferito sulla situazione contrattuale delle varie provincie in rapporto alle clausole riguardanti la malattia: in base a questi elementi il Consiglio esaminerà man mano l'opportunità della graduale costituzione delle singole Casse. Intanto, il Consiglio ha deliberato l'istituzione delle Casse Malattia salariati e braccianti per le province di Napoli e Pavia e per gli addetti alla tabacchicoltura della provincia di Benevento. Sono così quattordici Casse provinciali già costituite.

Il Consiglio si è inoltre occupato della partecipazione della Federazione alla Conferenza europea di Igiene Rurale che si terrà a Ginevra alla fine di giugno ed al sesto Congresso degli Infortuni e delle malattie del lavoro che si terrà a Ginevra nell'agosto, dando le opportune direttive per la relazione che il rappresentante della Federazione, d'accordo anche con la Federazione Enti Infortuni e con le due Confederazioni predisporrà.

Per il regime stomatologico in Francia.

In Francia non sussiste l'obbligo della laurea in medicina per l'esercizio dell'odontoiatria. I progressi della specialità hanno però a poco a poco fatto sentire il bisogno di affidare al medico anche questo ramo della medicina, ed i senatori Rio e Milan hanno presentato un progetto di legge in tale senso. Nell'imminenza della discussione parlamentare, il Ministro francese dell'Igiene ha chiesto il parere dell'Accademia di medicina di Parigi. Questa ha tenuto una prima riunione il 17 marzo u. s. e il « Figaro » del 18 marzo ne dà il resoconto.

Da esso si apprende che i professori Hayem e Hartmann, per combattere la tesi stomatologica, hanno fra l'altro dichiarato che in Italia si è tentato di rendere obbligatoria la laurea in medicina per l'esercizio dell'odontoiatria, ma che l'esperimento è andato così male che fu abbandonato. E pensare che sono quarant'anni precisi che esiste quell'obbligo!

Nel Bollettino, poi, dell'Accademia stessa (n. 11) vi sono i particolari della discussione, fra i quali l'affermazione dei suddetti signori che in Italia mancano i medici-dentisti e che per sopperire ai bisogni della nazione il Governo ad ogni piè sospinto autorizza gli odontotecnici all'esercizio dell'odontoiatria e che ne sono già stati autorizzati 1800!

È noto che una sola sanatoria si è fatta in Italia a favore dei meccanici esercenti abusivamente l'odontoiatria, quella del 31 marzo 1912 in occasione della conversione in legge del R. D. Boselli del 24 aprile 1890. Si sa anche che di detta sanatoria fruirono esattamente 324 persone!

Il colmo si è che il prof. Hartmann, che ha fatto la storia dell'Italia stomatologica con tanta poca verità, è presidente dell'A. D. R. M., una associazione internazionale che si propone di stringere i legami fra i medici di tutte le nazioni e che ha anche qualche socio italiano!

Si è ripetuto ora ciò che è già avvenuto in Francia nel 1926, in occasione della nomina di una Commissione che doveva studiare e riferire le condizioni dell'insegnamento dell'odontoiatria in Francia e all'estero. Ebbene, in seno a detta Commissione il dentista non medico George Villain — esponente dell'Associazione Dentistica Internazionale (F. D. I.) che combatte con ogni mezzo l'indirizzo stomatologico — dichiarava che in Italia non si insegna l'odontoiatria e che « *periodiquement* un decret royal accorde l'autorisation de pratiquer aux praticiens de fait en les soumettant à un examen technique ».

Il prof. G. Coen-Cagli, vice-presidente dell'« Association Stomatologique internationale », ha fatto pervenire una documentata protesta al Presidente della suddetta Accademia, protesta che fu letta nella seduta del 31 marzo di tale consesso, e pubblicata nel « Figaro » del 1° aprile.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALESSANDRIA. — Scad. 2 mag.; L. 8000 e 4 quinquenni dec.; riduzione di legge.

BELPASSO. — V. CATANIA. *R. Prefettura.*

BITONTO (*Bari*). — Scad. ore 13 del 31 mag.; età lim. 40 a.; doc. a 3 mesi dal 30 mar.; L. 9500 e 5 quadrienni dec., oltre c.-v., da decurtare.

BRESCIA. *Municipio*. — A tutto 30 giugno; titoli ed esami; tre posti di medico condotto suburbano; L. 9000 e 5 quadrienni L. 1000, oltre serv. att. L. 1200, trasf. L. 1500, ambulat. L. 800, c.-v.; riduzione 12 %. Rivolgersi Divisione Municipale Sanità.

CATANIA. *R. Prefettura*. — Per titoli ed esami. Ufficiale Sanitario per i comuni di S. Cono e Belpasso. Lo stipendio iniziale per S. Cono è di lire 6000 annue; per Belpasso annue L. 7000, al lordo delle ritenute e riduzioni di legge ed è suscettibile di quattro aumenti periodici quinquennali del decimo. Il termine per la presentazione dei documenti scade il 25 maggio. Per altre informazioni rivolgersi alla R. Prefettura di Catania.

COLLE BRIANZA (*Como*). — Scad. 31 mag.; lire 8363 e 4 quinquenni dec., oltre L. 753 uff. san., L. 1673 motocicl., L. 753 ambulat.; tassa L. 50.

Forlì'. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Assistente Sezione Chimica Laboratorio Provinciale di igiene e profilassi. Stipendio L. 10.000; servizio attivo L. 2000, cinque aumenti periodici quadriennali di un decimo. Diploma di chimica o laurea in chimica, in chimica e farmacia o in chimica industriale. Assistente della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio suddetto. Stipendio, servizio attivo e aumenti periodici come sopra. Diploma di medico-chirurgo o laurea in medicina e chirurgia. Scadenza per l'uno e l'altro posto, 31 maggio. Chiedere avviso alla Segreteria Generale della Provincia, Forlì.

La Thuile (*Aosta*). — Scad. 30 giu.; L. 9000 e 10 bienni ventesimo, oltre L. 500 uff. san., L. 500 trasp.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

Leonforte (*Enna*). — Scad. 6 mag. Rivolgersi Segreteria.

Mantova. *Amministraz. Provinc.* — Medico aiuto del Consorzio Provinc. Antitub.; titoli ed esami; scad. ore 18 del 30 giu.; L. 14.000 e 3 quadrienni dec. oltre L. 3000 serv. att. Divieto libero eserc. Sono anche aperti i concorsi ad assistente sanitaria, di visitatrice, di applicata e d'infermiera. Chiedere annunzio.

Pistoia. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Assistente della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. Stipendio iniziale annuo L. 8000, aumentabile di sei decimi triennali. Indennità servizio attivo L. 2000 e caro-viveri nella misura corrisposta dallo Stato ai proprii impiegati. Compenso 10 % dei proventi per ricerche ed analisi di interesse privato. Gli assegni suddetti sono soggetti alle ritenute di legge. Le domande, in carta da bollo di L. 3, e i prescritti documenti, l'elenco dei quali con le altre modalità possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla Segreteria della Provincia, debbono pervenire alla Segreteria stessa non più tardi delle ore dodici del 30 maggio.

S. Cono. — V. Catania. *R. Prefettura.*

Taranto. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Direttore Sanitario del Consorzio Provinciale Antitubercolare. Stipendio annuo iniziale L. 18.000, suscettibile di cinque aumenti quadriennali del decimo; indennità servizio attivo annue L. 6000. Stipendio e indennità sono decurtabili del 12 %. Residenza in Taranto. Inibita libera professione e ogni altro impiego pubblico o privato. E' però consentita la consulenza nella specialità. Occorrono tre anni di servizio effettivo tenuto presso un Istituto Clinico Universitario. Età massima anni 45. Termine utile per presentazione documenti ore dodici del quindici giugno. Per il programma esami ed altri chiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Consorzio, Palazzo degli Uffici, Taranto.

Taranto. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Coadiutore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. Sede di esami Bari. Stipendio iniziale L. 9500 aumentabile a L. 10.100 e 11.600 dopo i due trienni. Indennità servizio attivo L. 2100. Caroviveri come per l'altro personale. Età massima anni 35. Scadenza 31 maggio. Per altri chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Generale dell'Amministrazione Provinciale, Taranto.

Teramo. *Congregaz. di Carità.* — Un medico di Sezione e un Medico ordinario dell'Ospedale Psichiatrico; rispettiv. L. 10.000 e L. 4000, e due sessenni (del decimo e del dodicesimo); per il primo, c.-v.; per il secondo, vitto e alloggio; scad. ore 12 del 15 mag.; tassa L. 50; età lim. rispett. a. 35 e 30; doc. a 2 mesi dal 3 apr.

Vallata (*Avellino*). — Scad. 90 giorni dal 31 mar.; L. 6500 ridotte del 12 % e 3 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

Zevio (*Verona*). — Al 30 aprile, ore 16, primario chirurgo direttore dell'Ospedale Chiarenzi; lire 10.000 e 5 quadrienni dec.

Concorsi a premi.

Concorso « Elia De Cyon ».

La Classe di Scienze Fisiche della R. Accademia di Bologna bandisce il 12° concorso internazionale al premio biennale di L. 3000 (dalla quale somma dovranno essere detratte la tassa di manomorta e le spese di amministrazione), istituito dal suo Membro Corrispondente prof. Elia De Cyon, all'intento di favorire e promuovere le ricerche e gli studi sugli argomenti che Egli coltivò con tanto successo. Tale premio sarà quindi conferito a concorrenti i quali nei lavori trattino qualcuno degli stessi argomenti e particolarmente di quelli riguardanti: 1° Le funzioni del cuore, e soprattutto dei sistemi nervosi cardiaco e vasomotore; 2° Le funzioni del labirinto dell'orecchio; 3° Le funzioni delle glandule tiroidi, dell'ipofisi e della glandula pineale. La scadenza di questo concorso è stabilita al 1° marzo 1933. Qualora il premio non venisse assegnato, un secondo premio di L. 1500 sarà messo a concorso insieme col premio principale nei due bienni successivi.

Chiedere il programma al segretario, prof. Ercole Giacomini.

Unione Medica Latina.

La « Umfia » ha indetto 17 concorsi a premi di varia entità (da fr. 500 a fr. 5000). Condizione essenziale per potere partecipare all'attribuzione di questi premi è di essere iscritti almeno dall'anno che precede il concorso. Per le condizioni rivolgersi alla segreteria generale, rue de la Pompe 81, Paris. Sono anche indetti premi per tesi e premi per giovani iscritti; rivolgersi a: M.lle Suzane Roule, secrétaire de la Jeune Umfia, rue Geoffroy-Saint-Hilaire 36, Paris.

Per l'istituzione di un premio annuo presso la R. Università di Roma, da intitolarsi: "Fondazione Vittorio Ascoli,,

Somma che si riporta dal Num. 15 .	L.	14.372 —
S. E. Dott. Fernando Perez, Ambasciatore della Rep. Argentina . .	»	500 —
R. Istituto di Radiologia (Roma) .	»	340 —
Gr. Uff. Dott. A. Messea (Roma) .	»	100 —
Prof. Giovanni Perez (Roma) . . .	»	100 —
Prof. Pietro Gallenga (Roma) . . .	»	100 —
Dott. Tullio Cecchetelli (Roma) . .	»	50 —
	L.	15.562 —

Le sottoscrizioni si ricevono presso la Clinica Medica al Policlinico Umberto I, Roma; ovvero presso il nostro periodico, via Sistina 14, Roma.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

La Facoltà medica di Roma ha chiamato ad unanimità il prof. Cesare Frugoni alla direzione della Clinica medica, quale successore del compianto prof. Vittorio Ascoli.

Dell'insigne scienziato e maestro, cui viene affidato l'importante insegnamento, daremo un profilo nel prossimo numero.

NOTIZIE DIVERSE.

Società internazionale di chirurgia.

In occasione dell'8° Congresso di questa associazione, adunatosi a Varsavia nel 1929, l'assemblea generale aveva deliberato di annullare, senza restrizioni, una decisione adottata nel 1920, la quale escludeva i membri tedeschi, austriaci ed ungheresi.

La nuova disposizione venne adottata poichè si potè accertare che nessun membro della società aveva sottoscritto il manifesto dei 93 intellettuali, il quale aveva provocato quella decisione; inoltre si potè stabilire che i chirurgi tedeschi non approvavano il manifesto.

I proff. De Quervain di Berna e Schoemaker di La Aja furono incaricati di comunicare la decisione ai colleghi. In esito alle trattative svoltesi, il Comitato internazionale ha ora confermato, ad unanimità delle 34 nazioni rappresentate, la deliberazione del Congresso di Varsavia: la Società, per tal modo, riprende appieno il suo carattere internazionale.

6° Congresso internazionale di talassoterapia.

Si terrà dal 25 al 30 maggio, a Berck-sur-Mer, sotto la presidenza del prof. Sorel. Segretario generale ne è il Dr. Mozer, Hôpital Maritime, Berck-Plage, Pas-de-Calais, Francia. Le informazioni possono richiedersi anche al Dr. Pierret, avenue Kléber 95, Paris.

Il Comitato italiano è presieduto dal sen. prof. Edoardo Maragliano; segretario ne è il prof. Giulio Ceresole, via Dalmazia 11, Lido Venezia.

8° Congresso dentario internazionale.

Sotto il patronato del Governo Francese e organizzato sotto l'egida della « Fédération Dentaire Internationale », avrà luogo dal 2 all'8 agosto, al Grand Palais des Champs Elysées a Parigi, l'VIII Congresso Dentario Internazionale.

Per l'Italia un Comitato nazionale di dieci membri formato dalla Federazione Odontoiatri d'Italia e dodici presidenti d'onore nominati dal Comitato organizzatore per le diverse Sezioni del Congresso, con a capo l'on. prof. Amedeo Perna, direttore della Clinica Odontoiatrica della R. Università di Roma e dell'Istituto Superiore « George Eastman », formano il primo nucleo dei partecipanti al Congresso.

Per questo importante convegno che riunirà odontoiatri di tutte le parti del mondo, sono state concesse facilitazioni ferroviarie (riduzioni del 30 per cento sulle linee italiane, e del 50 per cento su quelle francesi) ed è in formazione un vasto programma di lavori.

Gli esercenti odontoiatri che desiderano partecipare al Congresso possono chiedere informazioni e mandare l'adesione al segretario del Comitato nazionale, comm. Amedeo Goia, via Bertola 49, Torino.

9° Congresso tedesco sulle malattie della digestione e del ricambio.

Ricordiamo che dal 23 al 25 settembre è indetto il 9° Convegno della « Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten » a Vienna. Temi in discussione: 1° « Riassorbimento enterale e parenterale », relatori Mansfeld (Pecs), Nonnenbruch (Praga) e Clairmont (Zurigo); la seduta sarà in comune con la « Deutsche Pharmakologische Gesellschaft »; 2° Insulina e diabete mellito », relatori Staub (Heidelberg) e Falta (Vienna); 3° « Malattie del retto e del sigma », relatori Maresch (Vienna), Fischer (Francofort), Strauss (Berlino) ed A. W. Meyer (Berlino). Conferenze: « Trattamento delle malattie cutanee legate all'alimentazione » e « Parassiti dell'intestino », tenute rispettivamente da Urbach e da Fiebiger (Vienna). I lavori si svolgeranno nella sala dei concerti (Lothringers Str. 20). Per informazioni rivolgersi al segretario generale prof. R. von den Velden, Bamberger Str. 49, Berlin W. 30, Germania.

3° Congresso dell'associazione medica Panamericana.

È indetto a Messico dal 26 al 31 luglio, sotto gli auspici del Governo della Repubblica Messicana. La Giunta organizzatrice è presieduta dal dott. Rafael Silva, presidente del Dipartimento di Sanità. Al congresso sarà unita una Mostra. Segretario generale è il Dr. Francisco de P. Miranda (Departamento de Salubridad Pública, Mexico D. F., Messico).

Congresso sulla litiasi urinaria.

È organizzato dalla « Société de Médecine » di Vittel, sotto gli auspici dello « Institut d'Hydrologie » della Facoltà medica di Nancy e col concorso della « Société d'Hydrologie et de Climatologie de l'Est ». Si svolgerà a Vittel nei giorni 24 e 25 maggio (Pentecoste). Sarà diviso in tre Sezioni: medica, chirurgica e idrologia, presiedute rispettivamente dai proff. Marcel Labbé, Legueu e Maurice Villaret. Sono in programma varie relazioni e sono annunziate molte comunicazioni. Tassa d'iscrizione fr. 25 per i medici, 15 per gli studenti in medicina. Facilitazioni di soggiorno. Riduzione del 50 % sulle ferrovie francesi (domande fino al 1° maggio). Rivolgersi a: Secrétariat général du Congrès de la Lithiase, Vittel, Vosges, Francia.

1° Convegno delle mutue mediche e di soccorso bergamasche.

Il 12 aprile, con l'intervento dell'on. Bagnasco, Presidente della Federazione Nazionale Fascista delle Società Mutue, alla presenza di S. E. Terzi, prefetto, del comm. Berallo, Segretario federale, del comm. dott. Labadessa, direttore generale dell'E. N. C., si è svolto a Bergamo nella sede dell'Associazione Generale di Mutuo Soccorso il primo congresso provinciale delle Mutue mediche e di soccorso, presieduto dall'on. Bagnasco.

Alle relazioni è seguita una discussione, dopo di che è stato votato un ordine del giorno unanimemente approvato.

Il dott. Labadessa ha illustrato in modo efficace i compiti e le finalità delle organizzazioni mutualistiche ed infine l'on. Bagnasco, compiaciutosi vivamente per l'opera svolta dalla Fede-

razione e dal suo dirigente Consarino, ha auspicato alle migliori fortune della attività mutualistica, che in regime fascista trova un vivo ed efficace impulso.

Corso di ematologia e serologia.

Un corso di tecnica ematologica e serologica è organizzato presso il Laboratorio di anatomia patologica dell'Università di Parigi, diretto dal prof. G. Roussy, a cura del prof. E. Peyre; avrà inizio il 18 maggio e consterà di 16 lezioni; tassa fr. 250. Chiedere il programma e informazioni alla segreteria della Facoltà di Medicina.

Conferenza del prof. Bauer.

Il 14 apr., per invito di S. E. l'on. Paolucci, vice presidente della Camera e presidente della Federazione fascista per la lotta contro la tubercolosi, il prof. Ludolf Bauer, di Amburgo, ha tenuto nella R. Università di Parma una conferenza sul tema « Toracoplastica extra-pleurale ». Erano presenti tutti i membri della Facoltà medica, moltissimi medici della città e della provincia. Erano pure intervenute varie personalità mediche di altre città, quali i proff. Gasbarrini, Forni e Calabrese di Bologna.

L'Istituto per lo studio e la cura del cancro in Roma.

Il Consiglio dei Ministri ha approvato uno schema di decreto recante modifiche alla costituzione ed al funzionamento del R. Istituto fisioterapico ospitaliero di Santa Maria e San Gallicano in Roma. Il provvedimento è diretto a dare un nuovo definitivo assetto all'Istituto, distinguendolo in due enti: l'« Istituto ospitaliero dermosifilopatico di S. Maria e S. Gallicano » e l'« Istituto per lo studio e la cura del cancro ». Di essi il primo eserciterà, con la più proficua attività, le funzioni di studio e di cura delle malattie veneree e della pelle, mentre il secondo, parallelamente ad una azione di ricerche e di indagini scientifiche intorno alle origini e ai mezzi di difesa contro il cancro e i tumori maligni, svolgerà anche un'opera di assistenza agli infermi conformandosi, in tal modo, ad una sentita necessità sociale ed alle precise finalità che il Governo ha voluto perseguire con le provvidenze di ordine economico, adottate col R. D. 23 luglio 1926, N. 1427, per la tutela sanitaria del Paese. L'« Istituto per la cura e lo studio del cancro » avrà sede in un nuovo edificio, ormai quasi ultimato, che sorgerà nella zona della città universitaria.

Alla direzione è stato provveduto con la nomina dell'illustre sen. prof. Raffaele Bastianelli.

Per la Maternità di Ferrara.

Il prof. Cesare Merletti ha elargito la cospicua somma di un milione di lire per la ricostruzione della Maternità di Ferrara nell'Arcispedale di Sant'Anna. L'edifizio sarà a tre piani e conterrà cento letti; soddisferà a tutte le esigenze della odierna assistenza ostetrico-ginecologica. Potrà essere rialzato di un piano.

Dal 1903 il prof. Merletti risiede quasi ininterrottamente a Ferrara, e vi ha larghissima estimazione. Era stato chiamato dalle Facoltà Mediche di Sassari e di Siena, ed a Siena insegnò per un anno; ma poi ha fatto ritorno alla sua città d'elezione, cui ora fa dono di una maternità modello.

Ospedale anglo-americano a Fiesole.

Si è inaugurato a Fiesole l'Ospedale di San Domenico, dovuto alla munificenza della colonia americana e di quella inglese di Firenze. Già nel 1919, ad iniziativa di un gruppo di americani, fu istituito, presso San Domenico di Fiesole, un ambulatorio medico-chirurgico gratuito; recenti oblazioni personali hanno permesso di addivenire addirittura alla costruzione dell'ospedale, che è capace di cinquanta letti e che accresce notevolmente l'efficienza dei servizi sanitari nell'importante frazione.

Alla cerimonia intervennero le autorità; a nome del Consiglio d'amministrazione parlò l'avv. Copinger, cui rispose il prefetto della Provincia.

Case di cura e ambulatori privati.

Con decreto emesso il 19 marzo dall'Alto Commissario per la città e provincia di Napoli, è vietata per le case di cura, gl'istituti e gli ambulatori privati, la denominazione di Clinica, Policlinico, Istituto Clinico, essendo tali titoli riservati, nell'uso, alle sole Cliniche Universitarie per l'insegnamento ufficiale. È vietata l'apertura di ambulatori, case e istituti di cura medico-chirurgica e di assistenza ostetrica nelle vie e piazze prospicienti, attigue, o comunque vicine agli istituti clinici universitari ed ospedalieri della città.

Nuove norme per la rivalsa delle spese di spedalità.

Saranno tra breve emanate nuove norme in base alle quali le amministrazioni dei Comuni e degli Ospedali potranno in modo semplice, rapido ed efficace, esercitare l'azione di rivalsa delle spese di spedalità e manicomiali per il ricovero di urgenza verso i privati debitori che risultino non trovarsi in condizioni di povertà.

Da questo provvedimento le amministrazioni ospedaliere ricaveranno certamente grandi vantaggi.

Al Reale Collegio dei Chirurgi dell'Inghilterra.

Il Consiglio del « Royal College of Surgeons » dell'Inghilterra ha respinto, ancora una volta, la richiesta dei suoi « members », affinchè abbiano dei rappresentanti nel Consiglio stesso.

Il Collegio comprende due categorie d'iscritti: i « fellows » e i « members ». I primi sono circa 2000, mentre i secondi raggiungono il numero di 18.000; ma i primi sono chirurghi propriamente detti e non esercitano che la chirurgia, mentre i secondi sono medici che fanno anche della chirurgia, per lo più limitandosi alle piccole operazioni. I « members » non hanno mai avuto ingerenza negli affari della Società; ma da 42 anni la reclamano. Nel 1930 indissero un referendum: su 6832 risposte, solo 156 erano contro la rappresentanza, che essi considerano come un atto di giustizia. Ma, per ora almeno, l'elettorato continuerà ad appartenere ai soli « fellows ».

" Salon des médecins ".

L'8° « Salon des Médecins » (mostra medica di opere d'arte) si terrà dal 4 al 13 ottobre, nei locali del « Cercle de la librairie », boulevard Saint Germain 171, Parigi (VI).

Medici, farmacisti, veterinari, dentisti, studenti e loro famiglie, sono invitati ad esporre quadri, sculture, incisioni, lavori d'arte decorativa. Per

informazioni rivolgersi al segretario organizzatore Dr. Paul Rabier, rue Lecourbe 84, Paris (XVe), accludendo francobollo internazionale per la risposta.

Produzione intensiva di medici in Russia.

Il dott. H. Hampel ha riferito, alla Società medica di Vienna, alcune osservazioni compiute sulla Russia dei sovieti durante un anno e mezzo di soggiorno in quel paese, che potè percorrere come assistente di laboratorio.

Siccome le autorità sovietiche hanno scoperto che mancavano 44.000 medici, hanno reclutato un numero corrispondente di giovani, per lo più figli di piccoli contadini e di operai e con istruzione generale molto limitata, e li hanno ammassati in istituti collettivi, ove ricevono un'istruzione accelerata, che dura quattro anni, senza lezioni ed esercitazioni, ma col metodo catechistico, cioè a domande e risposte. Sono aboliti gli esami.

I medici col marchio dello Stato esercitano sia nelle campagne, sia in ambulatori che per lo più hanno sede in vecchi palazzi patrizi o bancari. Misure draconiane sono adottate contro i medici privati, in conformità al principio che ogni attività dev'essere esercitata sotto il controllo dello Stato.

Viaggio medico a Parigi.

Avrà luogo per l'Esposizione Coloniale, verso la fine di maggio, ad iniziativa di un Comitato fiorentino di cui fanno parte i proff. Galli e Borgheggiani, la prof.a Spitzer, il dott. Ratti ed altri, con l'adesione dell'« Association Médicale pour les Relations entre le Pays Amis » di Parigi; l'U. T. L. provvederà ai servizi logistici ed ha allestito un programma di visite d'interesse turistico. Richiedere il programma al « Comitato Viaggio d'Osservazioni Mediche a Parigi », Borgo dei Greci 8, Firenze (10).

In onore di Uhlenhuth.

La Società di Medicina di Greifswald ha tenuto una sessione solenne in onore del prof. Paul Uhlenhuth, di Friburgo, il quale trenta anni prima vi aveva fatto la sua comunicazione sulla differenziazione del sangue umano da quello animale mediante la reazione delle precipitine.

Commemorazione di Morgagni.

Il 24 maggio la Città di Forlì, assolvendo un doveroso impegno già da tempo assunto, inaugurerà un monumento al grande suo figlio Giovan Battista Morgagni. Un oratore appositamente designato leggerà il discorso commemorativo, mentre la Società Italiana di Scienze Mediche e Naturali terrà in quel giorno a Forlì una seduta scientifica, unitamente alla Società Medico-Chirurgica della Romagna.

L'avvenimento assurgerà nel campo della scienza medica a manifestazione di alta importanza.

Per informazioni rivolgersi al prof. F. Giugni, presidente della Società Medico-Chirurgica della Romagna, Faenza.

Un infermiere dà ripetutamente il sangue.

L'infermiere Orlando Sgrilli dell'Ospedale del Littorio in Roma ha donato in meno di sei mesi ben cinque volte il suo sangue per salvare dei poveri malati colpiti da anemia acuta.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Arch. p. le Sc. Med., nov. — L. GEDDA e G. CHIESA. La diuresi diatermica.

Riv. di St. delle Sc. Med. e Nat., sett.-ott. — B. PINCHERLE. A. Corti.

Zbl. f. Chir., 22 nov. — H. FREY. Variazioni del rachide quale causa di manifestazioni cliniche.

Arch. di Patol. e Cl. Med., nov. — C. CASSANO. Anemie emolitiche. — P. ROLANDI RICCI. Aneurismi dell'aorta addom. — G. PATRASSI. Calcificazioni renali e morbo di Bright.

Presse Méd., 19 nov. — E. CHABROL. Pancreatiti croniche.

Brit. Med. Journ., 22 nov. — E. F. BUZZARD. Riposo, lavoro e gioco, nella salute e nella malattia. — R. C. BROWN. Origine intestin. dell'eclampsia.

Journal A. M. A., 8 nov. — M. SWICK, L. JACHES. Urografia endovenosa. — A. V. HILL. Ragionevolezza fisica della vita.

Amer. Med., ott. — Numero sulle artriti e il reumatismo.

Amer. Journ. Med. Sc., nov. — C. C. STURGIES e R. ISAACS. Stomaco disseccato nel trattam. dell'anemia pernic. — P. T. LANTIN. Sieroterapia della dissenteria bacillare. — F. N. ALLAN e F. R. VAUZANT. Glicosuria renale. — H. L. PARKER. Ascessi metastatici del cervello.

Mediz. Klinik, 21 nov. — STRAUSS. L'ipertonia.

Zeitsch. f. Tuberk., nov. — A. J. KATZMANN. Guarigione spontanea delle caverne. — H. STEIN. Dietoterapia della tbc.

Rev. de Chir., nov. — ROUVILLOIS. Disgiunzioni e lussazioni del bacino.

Prensa Méd. Argent., 30 ott. — P. A. MAIOSA. Motilità duodenale.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 nov. — Numero di medicina legale e sociale.

Min. Med., 24 nov. — A. VELICOGNA. Sifilide peritoneale.

Riv. San. Sicil., 15 nov. — S. PREVITERA. Casi di presunto tifo esantem. in Catania.

Rass. Internaz. di Clin. e Ter., ott. — N. CALAZZOLO. Nefriti, cloruremia e azotemia.

Presse Méd., 22 nov. — M. CHIRAY e J. PAVEL. Calcificaz. della vescicola biliare.

Clinica, nov. — P. GOVAERT. La distinzione delle nefropatie in nefrosi e nefriti è giustificata?

Ind. Journ. Med. Res., ott. — T. A. HUGHES e D. L. SHRIVASTAVA. Studi sul tumore splenico malarico. — R. MCCARRISON e K. B. MADHAVA. Effetti di una dieta ad alto contenuto proteinico sulla tiroide. — L. WILLS e M. M. MEHTA. Anemia perniciosa in gravidanza.

Rev. Franç. de Gyn. et d'Obst., ott. — P. TRILLAT e al. Le ovariti suppurate puerperali.

Mediz. Klinik, 28 nov. — E. MÜLLER. L'influenza nell'infanzia. — O. ROTH. Glicemia idiopatica.

Journ. d. Prat., 26 nov. — C. ACHARD. Febbri tifoidi ad inizio toracico.

Nat. Med. Journ. of China, ott. — C. S. KEEFER e C. S. YANG. Eruzioni erisipeloidi complicanti la nefrosi.

Practitioner, ott. — G. W. CRILE. Tiroidectomia. — W. RUSSELL BRAIN. Dolori alla gamba.

Rass. di Med. applic. al Lavoro industr., nov. — L. FERRANNINI. Pneumoconiosi da zolfo.

Brasil-Med., 8 nov. — A. VALERIO. Cisti delle glandole vulvo-vaginali.

Folia Clin. et Biolog., ott. — L. MANGINELLI. La

sostanza vagale. — A. BUSACCA. Plastica delle palpebre.

Riv. di Patol. e Clin. d. Tuberc., 10 nov. — G. LUZZATTO-FEGIZ. L'infezione tubercolare nell'infanzia.

Endocrinology, lug.-ag. — H. BERNHARDT. Patogenesi dell'obesità. — H. L. JOHN. Peso e diabete.

Zbl. f. Chir., 29 nov. — Nuovo metodo di plastica mammaria. — J. ERDÉLY. Trattam. dell'empiema nell'infanzia.

Acta Med. Scandin., II. — B. STRAUDELL. Aneurisma del cuore. — A. GRÖNBERG e A. LUNDBERG. Determinazioni quantitative dell'urobilina quale prova funzionale del cuore prima delle operazioni.

Journal A. M. A., 15 nov. — A. H. SANFORD. Il compito del patologo clinico. — C. B. FRANCISCO. Nuovi problemi del chirurgo ortopedico. — W. C. MENNINGER. Demenza paralitica giovanile.

Rif. Med., 24 nov. — F. GALDI e C. CASSANO. Nefrosi lipoidea.

Journ. Méd. Franç., ott. — Memorie in onore di Castaigne.

Ann. Inst. Pasteur, nov. — A. CALMETTE. Il B. C. G. fuori della Francia. — M. WEINBERG e N. COMBIESCO. Lesioni emorragiche da *B. perfrigens*. — C. DUBOIS e N. SOLLIER. Vaccinaz. contro la febbre ondulante.

Arch. Ital. di Dermatol. ecc., nov. — E. BALBI. Pemfigo e ghiandole endocrine. — N. BAGNOLI. Sifilide eredit. tardiva.

Riv. di Patol. e Cl. d. Tuberc., 30 nov. — A. CURTI e J. STEPHANI. Prognosi della tbc. polmon. — G. FORNI. Frenico-exeresi. — M. RADAELLI. Chirurgia della tbc. polm.

Ann. di Ost. e Gin., nov. — F. VOZZA e P. NATALE. Calcio e potassio nelle eclamptiche. — G. TRAVERSO. Diatermizzazione della regione tiro-paratiroidea nelle metropatie emorragiche della pubertà.

Arch. p. le Sc. Med., dic. — L. GEDDA e G. CHIESA. Terapia diatermica delle malattie renali. — G. VECCHI. Applicazioni di radon nei tumori.

Vida Nueva, 15 ott. — J. CASTELLANOS. I metodi tipologici: tecniche italiana, tedesca, americ. e francese.

Arch. It. di Chir., 5. — A. VECCHI. Pneumectomia. — D. BARGELLINI. Evoluz. della coxa vara congenita. — L. DECIMO. Strumite da pneumococco.

Ann. de Méd., nov. — H. WOHLER. Guarig. naturale delle caverne polmon. tbc. — J. TROISIER. Ipertermia congenita.

Deut. Med. Woch., 5 dic. — BEUTHIN. Trattam. dell'aborto febbrile con carbone. — GOLD e SCHLESINGER. Osteite fibrosa localizzata.

Zeitschr. f. Kreislauff., 1 dic. — K. SCHULTE. Mesaortitis luica giovanile.

Indice alfabetico per materie.

V. ASCOLI †, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXVIII Roma, 4 Maggio 1931 - IX Num. 18

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI †

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALI RIUNITI DI ROMA.
REPARTO CHIRURGICO DELL'OSPEDALE S. SPIRITO.
Primario: Prof. EGIDI.

Del trattamento delle fratture del femore

per il dott. GIUSEPPE SCOLLO, chirurgo aiuto.

Lo scopo che il chirurgo deve perseguire nel trattamento delle fratture del femore, come del resto in ogni altra frattura, fu ben fissata da Gosselin: ripristinare la forma anatomica e ridare la funzione all'arto offeso. Il raggiungimento di questa doppia azione non è sempre facile ad ottenersi. Occorre sapere ricercare e applicare, come dice Guermonprez, la saggia misura la quale, non essendo disgraziatamente la stessa nè per tutte le ossa, nè per per tutte l'età; e variando persino nella stessa regione per lesioni clinicamente rassomiglianti, ci dà ragione dei molteplici metodi curativi escogitati e una idea delle non comuni difficoltà che qualche volta ci attendono, allorchè intraprendiamo a curare una frattura di coscia.

E tuttavia sono di osservazione corrente: la leggerezza con la quale certi medici assumono la responsabilità di curare tali fratture a domicilio; e il quasi dispregio di non pochi chirurgi, dalla cosidetta tendenza addominalistica, a occuparsi seriamente dei fratturati. I quali, considerati nelle corsie ospedaliere quasi come cronici, prolungano più del necessario la loro invalidità; quando non guariscono il più delle volte con accorciamenti, deviazioni dell'asse, rigidità articolari e atrofie dei muscoli, che di molto pregiudicano la funzione deambulatoria e la capacità lavorativa.

Ora a bene stabilire la responsabilità del medico, occorre avvertire che la cura delle fratture, condotta alla desiderata *restitutio ad integrum* è forse una delle più difficili dell'arte chirurgica; e senza dubbio delle più socialmente utili.

Avviene ancora, piuttosto di frequente, che un medico creda di avere assolto il proprio cómpito, riducendo manualmente una frattura di coscia, talora persino senza narcosi, e si illuda di mantenere poi la pretesa riduzione con apparecchio gessato.

Per molti medici ancora, frattura di coscia vuol dire gesso.

Ora senza voler dare a questo l'ostracismo che non merita, bisogna assolutamente stabilire, che, nelle fratture di coscia, l'immobilizzazione con apparecchio gessato, dopo riduzione estemporanea, è metodo che in linea generale deve assolutamente scartarsi.

È eccezionale che si possa in tal guisa ridurre del tutto lo spostamento dei frammenti; ed è frequente che, per la contrattura e tonicità dei muscoli, lo spostamento si riproduca sotto il gesso. Senza dire che con la immobilizzazione gessata, mantenuta più o meno a lungo, si può pregiudicare di molto il ristabilirsi della funzione dell'arto. Se quindi l'apparecchio gessato può soddisfare la momentanea e superficiale esigenza del medico, non di certo soddisferà quella più imperiosa e legittima del malato che, oggi più che ieri, pretende di aver restituito un arto servibile.

Solo nei piccoli bambini, e quando si è potuto in narcosi e sotto trazione della vite di Lorenz ben ridurre la frattura, l'apparecchio gessato ha la sua indicazione. E allora va costruito immobilizzando bene il bacino, col fissare nel gesso anche l'arto opposto sano; e va radiologicamente e più volte controllata la posizione dei frammenti, per non avere spiacevoli sorprese all'ablazione del gesso. Dal fatto di recente il collega Benedetti Valentini (*Policlinico*, Sez. prat., n. 20, 1930) ha reso noto il nuovo metodo di Muzii per la perfetta ricomposizione ortopedica delle fratture diafisarie del femore. Non avendo esperienza propria, nè avendo avuto modo finora di vedere praticato direttamente il metodo, che nella sua concezione è certamente originale, non possiamo per il momento che accennarlo. Però a parte che il metodo stesso è solo adottabile nelle fratture trasversali, ho l'impressione che esso non sia così semplice come parrebbe dalla lettura dell'articolo del collega Valentini, richiedendo manovre ortopediche complesse che solo mani esperte, come quelle dell'ideatore del metodo, possono utilmente eseguire.

Come processo normale nella cura delle fratture di coscia deve ritenersi il metodo della estensione continua; la quale, con la sua forza costante, vince ordinariamente la contrattilità e la elasticità dei muscoli che mantengono e aggravano lo spostamento dei frammenti, e riunisce nello stesso tempo la facoltà di ridurre e contenere il focolaio di frattura. Ma si riesce in ogni caso con la estensione nelle sue varie modalità di applicazione (Tillaux, Bardenheur, Hennequin, Züpping, ecc.) a ottenere nelle fratture diafisarie la correzione totale dell'accavallamento che, come scriveva Malgaigne è talmente ribelle che l'arte, nella maggioranza dei casi, è impotente ad annullare? Non sempre, al punto che è classico dire che le fratture del femore si consolidano sempre con accavallamento (Tanton).

Gli è chè, nonostante la notevole carica di trazione impiegata, (Bardeneheur oltrepassa i 20 chilogrammi) non sempre tollerata e talvolta nociva per lassità articolari che induce e distensioni e rotture che apporta nel rivestimento cutaneo muscolare dell'arto, è da pensare che buona parte di tale carica si esaurisce nelle resistenze esterne e solo una parte agisce in via indiretta sui frammenti. Donde la necessità di portare la forza traente direttamente sull'osso, su cui prendono punto di attacco le forze muscolari che con il loro tono mantengono lo spostamento dei frammenti. Nacque al nostro Codivilla l'idea di applicare la trazione allo scheletro a mezzo di un chiodo che infiggeva al calcagno, dopo osteotomie del collo femorale, che sono fratture chirurgiche. L'idea fu poi ripresa e modificata da Steinmann per la cura delle fratture diafisarie in genere e del femore in ispecie. Il metodo Codivilla-Steinmann è stato sperimentato largamente all'estero da Wilms, Korber, Anschütz, Charbonnier, Moorhead, Walter, Morian, ecc.; meno da noi che al solito facciamo tesoro delle scoperte nostre, sol quando da oltr'alpe ci giungono i consensi e l'eco delle fortunate applicazioni.

Molti chirurgi (per quanto forse oggi in minor numero di prima) ricorrono alla osteosintesi se la frattura diafisaria non può essere corretta, per grave spostamento, dalla comune trazione con cerotto. Ora è certo che la osteosintesi può dare eccellenti risultati, ma a qual prezzo? Al prezzo di un'operazione grave che richiede: l'anestesia, una abilità tecnica non comune, uno strumentario ed un attrezzamento speciali, un pericolo di infezione non indifferente; quando ad essa non conseguono: notevole ritardo di consolidazione, pseudoartrosi, produzione di deviazione secondarie, osteiti rarefacenti e fistole, necessità dell'ablazione del materiale di sintesi ossea; fattori tutti che ognun di noi avrà constatato e che pregiudicano il risultato di operazioni eseguite anche tecnicamente bene. Ond'è che io ritengo che la osteosintesi delle fratture diafisarie del femore deve costituire il metodo di eccezione da applicarsi solo quando, con altri mezzi più innocui, non sia stato possibile ridurre e contenere la frattura. Ora un mezzo di gran lunga più innocuo e perfettamente efficace nella

quasi totalità dei casi (Hennemann dice che una deformazione anche considerevole può da questo procedimento essere ridotta in 87 % dei casi) è secondo noi, dato dall'uso della trazione diretta sull'osso secondo Codivilla-Steinmann.

Con il consiglio e la guida del mio primario prof. Egidi ho voluto adottare il metodo nei fratturati di coscia che, in un semestre di quest'anno, sono stati ricoverati nel reparto chirurgico dell'Ospedale di S. Spirito. I casi che saranno brevemente riassunti alla fine non sono molti, 12 in tutto (1), ma, per la gravità degli spostamenti da ridurre e per i risultati conseguiti, bastevoli a darci un convincimento ed una esperienza.

La tecnica dell'applicazione del chiodo è semplice, e con le comuni cautele asettiche attuabile anche al letto del malato. Applicato un cuscino di sabbia al disotto del ginocchio, e disinfettata la cute con jodio, si anestetizzano con qualche cmc. di novocaina due punti simmetrici sulle faccie laterali dei condili femorali, un po' più verso la metà posteriore di esse. Con un bistury appuntito pratichiamo una piccola incisione che va fino all'osso e attraverso di essa facciamo penetrare i due chiodi, o con piccoli colpi di martello, o se la resistenza è facilmente vincibile, girando il manubrio smontabile che si applica alla testa del chiodo, come per servirsi di un comune punteruolo. E come nel piantare al muro dei chiodi, cui debbonsi appendere dei pesi, diamo una inclinazione dall'alto in basso; così perchè meglio sorreggano la trazione, piantiamo i due chiodi nell'osso. Ad evitare che la pressione prolungata del chiodo tirato dal peso usuri la cute ad esso sottostante, usiamo di stirare questa leggermente verso l'alto, prima di inciderla col bistury. Procuriamo sempre di infiggere i chiodi nella regione metaepifisaria, ad evitare che essi penetrino un po' più in alto, nel canale midollare; o un po' più in basso in piena massa epifisaria; regione la prima di certo più temibile per l'eventuale sopraggiungere di una infezione e mal tollerante la presenza del chiodo; regione la seconda prossima alla capsula articolare che va sempre risparmiata, e ricca di tessuto spugnoso facilmente cedibile ad un forte peso caricato sui chiodi. Generalmente abbiamo usato sempre uno stesso tipo di chiodi, il più piccolo della serie dei chiodi di Steinmann, che abbiamo fatto penetrare nell'osso per circa 4-5 centimetri. Attorno ai chiodi sporgenti dalla cute abbiamo messo una medicatura occlusiva sterile; ed indi, distalmente alla vite che solidalizza le due aste metalliche dell'apparecchio di Steinmann, applicata la trazione a pesi per mezzo di una cordicella fatta passare negli ultimi 2-3 fori delle aste. L'intervento, come ognun vede, è semplice, alla portata di tutti, non richiede che anestesia locale, non strumentario speciale, non particolare assistenza, dura qualche minuto, può essere praticato ovunque e al letto stesso del malato, e nonostante che sia, come dice Moorhead, di apparenza barbaro, è praticamente indolore. La trazione viene praticata ponendo l'arto in abduzione e leggera flessione dell'anca, cosicchè il moncone inferiore di frattura possa mettersi nella direzione del moncone superiore, il quale, per l'azione dei muscoli psoas-iliaco e pelvi-trocanterici, ha tendenza a portarsi verso l'alto e l'esterno. La gamba flessa al ginocchio è opportunamente sorretta ad evitare che, per il suo peso cadente, si abbia distensione del quadricipite e dell'apparato legamentoso articolare. Il peso di trazione deve progressivamente essere aumentato fino ad annullare ogni accorciamento dell'arto. A noi in genere sono stati sufficienti dagli 8 ai 12 chilogrammi di carica. Badare che si può ottenere con una carica maggiore e di più lunga durata dell'ordinario un allungamento dell'arto che va evitato, a meno che non si voglia proprio un tale scopo perseguire, come nel nostro caso III, costituito da un giovanetto con frattura obliqua del femore in arto già raccorciato per paralisi infantile. E se si eccettua questo caso in cui la trazione sui chiodi fu mantenuta più a lungo, ordinariamente dopo due settimane abbiamo sostituita la trazione diretta con quella indiretta, abbandonando per questa l'uso delle striscie di cerotto che spesso macerano ed irritano la pelle, scivolano facilmente sul tegumento e sono soggette a rompersi; e adottando invece l'uso della fasciatura estensiva con la pasta di Unna, come viene praticata dai chirurgi Viennesi. Schnek ne ha di recente descritta la tecnica.

La pasta è composta di: 100 p. di ossido di zinco puro, 200 p. di gelatina alba, 300 p. di acqua, 400 p. di glicerina e la sua preparazione si ottiene nel seguente modo: si mescola prima l'ossido di zinco con tanta acqua sino a formare una colla densa e poi vi si ag-

(1) Dall'epoca in cui fu inviato alla Redazione del « Policlinico » il presente articolo alla correzione delle bozze, abbiamo avuto occasione di trattare con lo stesso metodo altri 6 casi di fratture diafisarie del femore, tutte con risultato egualmente soddisfacente. La nostra statistica, quindi, comprende sinora 18 casi.

giunge la glicerina agitando la miscela. Nel frattempo la gelatina che sarà stata rammollata in acqua fredda e poi spremuta bene con le mani, si mette a bagno maria costantemente mescolando. In breve essa diverrà fluida, ed allora vi si versa la miscela zinco-glicerina e dopo pochi minuti di mescolamento la colla è pronta per l'uso.

Si consiglia, specialmente per uso Spedaliero preparare una buona quantità di pasta in una unica volta, versarla in piatto poco fondo e conservarla, tagliandola a pezzi. Allorchè occorrerà servirsene per praticare una fasciatura estensiva, saranno sufficienti pochi pezzi che si faranno, per l'uso, fluidificare, col riscaldamento a bagno maria senza aggiunta di acqua.

Tecnica della fasciatura estensiva: ventiquattro ore prima di togliere i chiodi dai condili, con un pennello di pelo si spalma la pasta sulla cute non rasata, attorno alla coscia, alle natiche e all'addome e poi vi si applica un bendaggio circolare usando le comuni bende, o meglio ancora le bende di « organdie » che, per il tessuto a maglie larghe assorbe più prontamente la pasta. Badare, come per una ingessatura, che il bendaggio non faccia pieghe od orli che possano fare decubito sulla pelle. Su questo primo bendaggio si spalma altra pasta ed indi sulle faccie laterali della coscia, dalla radice di essa in giù si applicano due striscie di tela di circa 10 cent. di larghezza, le quali, giunte poco al disopra dei condili si continuano, senza aderire all'arto, con un estremo libero oltre il ginocchio. Nuova pasta ed indi altro bendaggio a spiga dalla coscia all'addome che fissa le due striscie di tela. Un ultimo strato di pasta che si lascerà disseccare in una ventina di minuti completa la fasciatura, la quale così risulta costituita da tre strati di bendaggio e quattro di pasta. Dopo ventiquattro ore il rivestimento ha fatto presa; e allora con le due striscie di tela sporgenti oltre il ginocchio si prepara una staffa e vi si trasferisce il peso applicato ai chiodi. Questi allora vengono facilmente estratti; e iodizzati e ricoperti da medicatura sterile i due fori cutanei, la fasciatura con la pasta viene continuata per il ginocchio, la gamba e il piede fino alle dita, con lo stesso sistema e senza interruzione, ad evitare l'insorgenza di edema da disturbo circolatorio nei tratti di pelle che rimanessero scoperti. Come alla coscia, così ai lati della gamba saranno applicate due striscie di tela che lasciano liberi i malleoli e sporgono una trentina di centimetri dalla pianta del piede in maniera che, a rivestimento diseccato, la trazione può essere suddivisa tra la coscia e la gamba in flessione. Altre due striscie saranno applicate al dorso e alla pianta del piede sporgenti oltre le dita, e con esse si eserciterà una modica trazione anche sul piede in atteggiamento di leggera flessione dorsale. Così si eviterà che esso assuma la deformazione varo-equina, non infrequente a verificarsi.

Allo scopo di permettere al paziente il giuoco articolare senza che il bendaggio procuri del dolore è bene applicare la fasciatura in atteggiamento flesso del ginocchio e del collo del piede. E basterà togliere di tanto in tanto i pesi che tirano sul piede e sulla gamba, per far muovere dette articolazioni; come basterà far passare il soggetto alternativamente dalla posizione supina alla seduta, per esercitare l'articolazione dell'anca. Il rivestimento è ben tollerato dalla pelle anche dopo mesi di uso, e se si allenta dopo tre-sei settimane, si taglia nel mezzo, si leva di colpo e si rimpiazza con lo stesso procedimento.

I risultati che noi abbiamo ottenuto con tale metodo di cura ci sono apparsi soddisfacenti. I pazienti hanno tollerato l'inchiodamento con perfetta tranquillità, godendo di grande libertà di movimenti. Se si toglie qualche elevazione febbrile, forse più imputabile al trauma che alla presenza di chiodi, nessun incidente infettivo si è verificato; e se si eccettua il caso n. 7 in cui si è avuto un ritardo nella cicatrizzazione dei fori lasciati dai chiodi, in tutti gli altri casi la occlusione cicatriziali di essi è stata trovata completa alla ablazione della fasciatura estensiva. Ond'è che se pure qualche caso di infezione è stato riportato nella letteratura (Michaelis, Schwartz, Lauenstein, Lecène ecc.) il metodo deve ritenersi dotato di benignità, tanto più se paragonato all'intervento diretto sul focolaio di frattura. E ci sorprende che Lecène, così ponderato nei suoi giudizi, nel suo recente trattato di « Chirurgie des os et des articulations des membres » mentre non nega i successi incontestabili dell'uso della trazione coi chiodi, finisca col dire: « nous avons vu trois cas l'osteite des condiles avec arthrite subaigue du genou après l'emploi de cette méthode et pour notre part nous ne la conseillons pas ».

Noi invece pensiamo che, se l'applicazione dei chiodi è corretta, e l'inchiodamento non mantenuto oltre le due settimane, il pericolo d'infezione, almeno secondo la nostra esperienza e quella di altri, debba ritenersi praticamente

nullo. Giustamente Steinmann, Koerber Süssengut pensano che la causa principale della infezione, oltre in un difetto di asepsi nell'applicazione del chiodo, risiede nella permanenza eccessiva di esso nel tessuto osseo. Noi ci siamo trovati costretti a infliggere i chiodi in tre casi tutt'altro che favorevoli: nel caso quinto (frattura bilaterale dei femori) per la presenza nella frattura femorale di sinistra di un vasto ematoma che scendeva fino al ginocchio e che i chiodi hanno dovuto traversare; nel caso undicesimo per la presenza di numerose flittene ed escoriazioni estese, e nel caso settimo per la esistenza di vasta piaga della gamba e del ginocchio residuata a necrosi settica di un vasto scollamento traumatico cutaneo; e tuttavia l'inchiodamento non ha causato il menomo disturbo, se si eccettua un ritardo di cicatrizzazione dei fori dei condili in questo ultimo caso.

Il quale settimo caso è stato veramente il trionfo della trazione diretta sullo scheletro coi chiodi. Dato il processo settico esistente a carico dei tegumenti della gamba, esteso fino al ginocchio e al poplite indietro, non fu possibile occuparci subito della coesistente frattura del femore, il cui problema di cura si presentava difficile per un notevole spostamento angolare e un accorciamento di più di otto centimetri. Non possibile era l'applicazione della trazione indiretta, e la osteosintesi appariva operazione grave e piena di pericoli. Vinto invece il processo settico, verso il quindicesimo giorno, furono applicati i chiodi quasi al limite della piaga risalente fino al ginocchio, e con una trazione di sei chilogrammi ben sopportata dal piccolo bambino, furono ridotti completamente lo spostamento angolare e l'accorciamento, ottenendo una consolidazione perfetta al 25° giorno.

Non in tutti i casi, e specialmente nei primi, il risultato anatomico è stato perfettamente ideale, in quanto se si è potuto ottenere la correzione completa dello spostamento *ad longitudinem*, non così è avvenuto per quello *ad latus*. È bensì vero che per le fratture diafisarie la perfezione della riduzione non è punto necessaria alla perfezione della funzione, (P. Delbet) ma è anche certo che raggiungere la correzione anatomica ideale è per tante ragioni la meta che il chirurgo deve prefiggersi; e ad essa noi ci siamo sempre più avvicinati, applicando nei nostri casi successivi, delle opportune trazioni laterali secondo Bardenheur.

Comunque in tutti i casi abbiamo ottenuto: una consolidazione rapida dai 25 ai 45 giorni; un ripristino dei movimenti articolari sollecito; un abbreviamento notevole della degenza ospitaliera, con un risultato funzionale soddisfaciente, se pur forse nel 50 % dei casi la correzione anatomica non è stata del tutto perfetta.

Ond'è che noi pensiamo dovere il metodo di Codivilla-Steinmann entrare, ben più largamente di quel che sinora non sia stato fatto, nell'uso corrente della cura della frattura di coscia; e costituire il processo normale in tutti quei casi, e sono una gran parte, nei quali per spostamenti gravi dei frammenti e validità dei muscoli, la comune trazione indiretta non dà pieno affidamento a restituire la forma anatomica e la funzione all'arto fratturato.

Casistica.

Caso I. — R. S., a. 17. Frattura trasv. femore s. al III medio con escoriazioni multiple. Accorciamento 4 cm.; notevole spostamento *ad periferiam*. Consolidaz. al 50° giorno, senza accorciamento. Spostamento *ad periferiam* non del tutto corretto. Risultato funz. buono.

Caso II. — C. O., a. 53. Frattura obliqua femore s. all'unione del III medio col III sup. Accorciamento 3 cm. Consolidaz. al 30° giorno con ottimo risultato anatomico e funzionale.

Caso III. — R. A., a. 15. Frattura obliqua femore s. in arto affetto da postumi di paralisi infantile e già più corto dell'altro arto, prima del trauma. Consolidaz. al 35ª giorno con 3 cm. di accorciamento.

Caso IV. — S. P., a. 16. Frattura femore s. tra III medio e III inf. trasversa con III frammento. Accorciamento circa 4-5 cm. Consolidaz. al 40° giorno senza accorciamento. Ottimo risultato funzionale nonostante la non perfetta correz. dello spostamento *ad latus*.

Caso V. — G. S., a. 50. Frattura bilat. dei femori: a d., al III sup. spiroide; a s., al III inferiore trasversa, con vasto ematoma e mobilità preternaturale accentuata senza percezione di scroscio osseo. Consolidaz. al 40° giorno di entrambi i femori, di uguale lunghezza. Ottimo risultato funz. e anat. a d. meno a s. dove persiste spostamento *ad latus* non corretto e un po' di rigidità art. del ginocchio.

Caso VI. — B. R., a. 39. Frattura trasversa con III frammento del femore d. tra III medio e inf., accorciamento 3 cm. Consolidaz. al 45° giorno. Ottimo risultato anatomico e funzionale.

Caso VII. — Q. S., a. 5. Frattura obliqua del femore s. con spost. angolare e notev. accorciamento (8 cm.). Vasta piaga della gamba e del ginocchio. Consolidaz. al 25° giorno, senza accorciamento e spost. angolare.

Caso VIII. — B. S., a. 16. Frattura con III frammento del femore d. al III medio. Accor. 4

cm. Consolidaz. al 30° giorno senza accorc., buon risultato funzionale e anatomico.

CASO IX. — A. G., a. 16. Frattura femore d. al III inf. multischeggiata con ferita cutanea. Accorc. 6 cm. Consolidaz. al 35° giorno senza accorc. con buon risultato anat. e funzionale.

CASO X. — A. O., a. 17. Frattura obliqua con III frammento al III medio del femore d. accorc. 5 cm. Consolidaz. al 40° giorno. Persiste lieve spostamento *ad latus*. Buon risultato funzionale.

CASO XI. — P. F., a. 15. Frattura del III inf. del femore III legg. obliqua con notevole accorciamento (circa 7 cm.) e numerose escoriazioni infette. Consolidaz. al 35° giorno senza accavallamento. Buon risultato funzionale. Persiste non corretto del tutto spostamento *ad latus*.

CASO XII. — C. A., a. 14. Frattura femore d. tra III medio e III sup. trasversa scheggiata. 3 cm. accorc. Consolidaz. al 30° giorno. Buon risultato anatomico e funzionale.

RIASSUNTO.

L'autore, esposti i vari metodi di cura delle fratture diafisarie del femore, tratta particolarmente del metodo della trazione diretta sullo scheletro secondo Codivilla-Steinmann, e susseguente fasciatura estensiva con la pasta di Unna.

Riferisce su 18 casi di fratture femorali guarite in maniera soddisfacente con tal metodo di cura e ritiene ch'esso debba costituire, nella maggioranza dei casi, il processo normale di cura delle fratture diafisarie.

BIBLIOGRAFIA.

ANSCHÜTZ. Münch. Med. Woch., 1909 e XXXIX Congr. all. de Chirurg., 1910.
ANZOLETTI. Centralbt. F. Chir., 1908. Beeker ibid., 1908.
CODIVILLA. Congresso francese di Chirurgia, 1910, p. 762 e Zeit. f. Orth., Bd. XXVII, 1910.
STEINMANN. Centr. f. Chir., 1907, p. 907, e Arch. f. klin. Chir., 1909.
SUSSENGUTH. Berl. Klin. Woch., 25 marzo 1912, 65, XLIX.
WILMS. Centralbt. f. Chir., 28 nov. 1908.
LENORMANT. Presse Méd. R., sett. 1910.
KIRSCHNER. Beitr. z. klin. Chir., 1909, p. 266, Bd. LXIV.
KOERBER. Münch. Med. Woch., B. F. LVIII, 1911, p. 2107.
LE DENTU e DELBET. Nouv. Traité de Chir., Fractures par TANTON.
F. HOLMEJER. Beitr. zur klin. Chir., Bd. 96, H. 2.
CHARBONNIER. Lyon Chir., 1921, n. 5.
SPEED. Surg., Gynec. a. Obst., 1921.
MOORHEAD J. Ibid., sett. 1920.
WEITZEL. Presse Médic., 1928.
LECÈNE et LERICHE. *Therap. Chirurgicale.*
DELBET. *Méth. de Trait. Des fractures.* Alcan, 1916.
LECÈNE. *Chirurg. des os et des art. des membres.* 1930.
SCHNEK. Surg., Gynec. a. Obst., marzo 1928.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI FAENZA - DIVISIONE MEDICA
diretta dal prof. I. CIVALLERI.

Su di un caso di afasia transitoria complicante un paratifo B.

Dott. ETTORE LIVERANI.

Le manifestazioni interessanti il sistema nervoso nel decorso dell'infezione tifoidea sono così frequenti e caratteristiche che spesso imprimono una fisionomia speciale al quadro morboso; ne fa fede infatti la sua denominazione di « tifo » anteriore alla conoscenza dell'agente patogeno, che esprime proprio il torpore mentale e l'ottundimento del sensorio di questi ammalati.

Alla multiforme sintomatologia clinica spesso si associano complicanze nervose assai gravi e definite cui brevemente accennerò prima di intrattenermi di una di queste capitata in una ammalata di mia osservazione.

Per azione delle sole tossine, dalla semplice depressione del sistema nervoso e del sensorio, si può arrivare ai deliri con o senza allucinazioni, alle vere forme demenziali con illusioni (Henoch, Comby, Marcé), ad allucinazioni, a melanconie, ed alla atassia acuta statica o dinamica (Divindenkoff). Tutte queste manifestazioni hanno un carattere transitorio, e patogeneticamente trovano spesso una spiegazione oltre che nel fattore tossico anche nella debilitazione del malato per il prolungato digiuno e nella predisposizione nervosa personale od ereditaria.

L'azione diretta del bacillo è invece assai più deleteria data la labilità del sistema nervoso; anche qui, dal semplice meningismo che spesso poi, come vari autori hanno dimostrato con accurata indagine batteriologica del liquor, nasconde vere meningiti circoscritte (Caronia ed Auricchio), si passa alla meningite purulenta, alle encefaliti (Catterina, Chantemesse), alle mieliti (Comby, Voisin, Renaut e Levi), polinevriti (Lesage e Collin, Marina), emiplegie (Widal, Osler, Heron, Galatti, Leroux ecc.), paraplegie (Henoch, Alexander), e paralisi spinali (Benedict).

In questa sommaria enumerazione in due grandi gruppi a seconda dell'agente patogenetico tossico o bacillare, ho omesso volontariamente l'afasia motrice di cui numerose e contradditorie teorie tentano spiegarci la patogenesi.

Questa sindrome clinica, la cui comprensione risale alla scoperta del Broca, e che il Min-

gazzini ha così bene illustrato dimostrando come essa possa insorgere non solo per lesioni anatomiche del segmento inferiore della terza circonvoluzione frontale sinistra, ma anche per disturbi circolatori o tossici, quando compaia nel decorso di un'infezione Ebertiana, costituisce un fatto abbastanza raro e di notevole interesse scientifico per le svariate considerazioni che appunto si possono fare. Le teorie formulate in proposito sono assai numerose e di queste molte sono già cadute, perchè basate su considerazioni facilmente confutabili; così oggi nemmeno più si parla dell'origine isterica sostenuta da Guttmann, Rendu, Roger, Comby, Bonloque ecc., della neurosi del Buchut, dell'iperemia attiva dell'Hoffmann e del Grasset, dell'ingorgo linfatico perivasale del Popoff, dell'iperpiressia del Liebermeister, degli edemi fugaci del Hann, dell'ischemia dei centri da spasmo arterioso del Vulpian e di altre citate dal Tattoni.

Le teorie che hanno una solida base dimostrativa suffragata da una casistica numerosa si riducono fondamentalmente a due che vengo ad esporre, e cioè:

Teoria embolica o trombotica.

Teoria tossica.

Vari casi accompagnati da paresi ed emiplegie stabilizzatesi poi con contratture di cui troviamo citazioni nella letteratura, ci mostrano come evidentemente non si possa negare che un embolo settico od un trombo da arterite possano costituire la patogenesi dell'afasia motrice.

I casi infatti riportati da Eichost e da Legroux di individui che nel corso di un'infezione Ebertiana presentarono e residuarono una emiparesi con afasia motrice, e da Widal che riferisce di un'emiplegia brachiale destra con afasia concomitante e transitoria, e da Lucatello, Accorrimboni, Vulpian ecc., depongono per una distruzione della sostanza cerebrale secondaria ad un processo arterico o trombotico.

Minor valore si può attribuire alle concezioni di un'ostacolo alla circolazione del territorio in questione per embolia da elementi endoteliali vasali (Marina, Galletti) o per embolia dell'arteriola del Broca, o da agglomerati di bacilli del tifo come vorrebbero Lopriore, Sorel ed altri. Il merito però della dimostrazione istologica e batteriologica dell'arterite tifica spetta al Rattone: secondo i suoi studi il processo inizierebbe con una periarterite dei *vasa-vasorum* con diffusione alle altre tuniche; così si spiegherebbero l'edema, la stasi venosa, l'iperemia del cervello dei tifosi trovati da molti autori e la « atrofia acuta della sostanza cerebrale » dell'Hoffmann e di Buhl.

Passando a considerare la teoria tossica risalta a priori il fatto che l'afasia motrice il più delle volte ha carattere transitorio e che sperimentalmente è stata dimostrata possibile la produzione di lesioni delle cellule nervose per somministrazione di tossine (degenerazione granulosa, rigonfiamento cellulare e decomposizione del protoplasma).

Di fatto, mentre il Chantemesse dimostrava l'azione deprimente della tossina tifica in ordine di tempo progressivo nel midollo, nel cervello e poi nei centri bulbari, il Catterina ed il Babès poterono provocare nei conigli, mediante sempre tossina tifica, le stesse lesioni della corteccia e dei centri che ottenevano infettando gli animali per via gastrica e peritoneale con autentici bacilli di Hebert.

A sostegno ancora di questa teoria, oltre ai vari reperti anatomo patologici di casi di afasia motrice tifosa spesso negativi, concorrono osservazioni consimili in altri campi della patologia; nell'uremia, nell'epilessia, nell'isterismo, nelle malattie infettive acute, nell'elmintiasi, nella coprostasi, per cui molti autori sono concordi nell'ammettere che tutto debba spiegarsi con transitorie e lievi alterazioni tossiche nervose (ischemia cerebrale, lieve edema della corteccia e delle meningi).

Se poi queste alterazioni cellulari avvengano per azione diretta della tossina sulla cellula o per il tramite del sistema vascolare non è facile dire; la contrattura vasale riflessa, l'edema fugace, l'ischemia per compressione del vaso da ingorgo vasale ecc. sono tutte dottrine poco convincenti; tuttavia il Tattoni che in occasione della descrizione di un caso di afasia transitoria da tifo, si è preoccupato di sviscerare l'argomento, è più propenso ad ammettere, in via di ipotesi, che l'azione delle tossine si svolga di preferenza sul sistema vascolare.

Le nozioni ed opinioni sommariamente riferite sulla patogenesi dell'afasia motrice del tifo farebbero dunque ammettere, che mentre per i casi transitori le sole tossine basterebbero a dare una spiegazione del fenomeno, per i casi duraturi associati ad altre manifestazioni nervose, come paresi e paralisi degli arti, i germi provocherebbero distruzione permanente del tessuto nervoso mediante arterite e trombosi della silviana o di qualche altro suo ramo.

Questa complicanza nervosa nel tifo è tutt'altro che frequente: la percentuale dei vari autori che si sono interessati dell'argomento varia dal 0,70 % all'1 %.

Il Nothnagel comunicando una vasta stati-

stica di tifo in adulti, allo scopo di stabilire una percentuale di frequenza delle varie complicanze, non cita alcun caso di afasia.

Il Tattoni afferma che in tutto i casi descritti raggiungono appena la cinquantina.

È interessante inoltre rilevare come tutti gli autori siano concordi nel ritenere questa afasia motoria tifica una complicanza quasi esclusiva dell'età infantile; infatti il Bohn e il Kühn che hanno raccolto tutti i casi pubblicati, riferiscono rispettivamente in complesso di 28 e 57 osservazioni con una percentuale per gli adulti solo nel 0,90 e 3 %.

L'età più favorevole è tra i 4 e i 7 anni e pare che il sesso maschile sia più colpito dell'altro (Hutinel, Fridlander).

L'epoca di insorgenza media sembra sia il secondo settenario; Montanari però riferisce di un caso capitato alla sua osservazione in cui in quinta giornata di malattia rilevò già un'afasia motrice completa e una leggera emiparesi destra.

La spiegazione di questa maggior frequenza nel bambino di fronte all'adulto non è facile; accettando la teoria tossica, De Sarro avanza l'ipotesi che in un sistema nervoso non ancora completamente sviluppato l'agente tossico possa più facilmente inibire la funzionalità del centro di Broca che non nell'adulto. Il caso che mi accingo a descrivere mi è sembrato non privo di interesse dal lato soprattutto patogenetico, trattandosi di un paratifo B in persona anziana, e poi, per la concomitanza di altre complicanze settiche a carico della colecisti e della safena sinistra.

Storia clinica. — Maria M., di anni 65, casalinga, entrata in ospedale il 17 luglio 1930. Padre morto per polmonite in tarda età, madre morta per malattia imprecisabile, fratelli viventi e sani. Non pare esistano tare ereditarie di malattie nervose, alcoolismo, sifilide.

La paziente non ha sofferto in tutta la sua vita di alcuna malattia nota. La lues ed altre malattie veneree pare si possano escludere anche nel coniuge che morì di polmonite. Non ha avuto aborti; i figli sono tutti viventi ed in ottime condizioni di salute. Di carattere mite, ha sempre atteso ai suoi lavori domestici, ed ha condotto una vita sempre regolare; non bevitrice nè fumatrice, modica mangiatrice.

Anamnesi prossima: Circa 8 giorni prima del suo ingresso in ospedale, dopo prodromi brevi di malessere indefinito, fu colta da febbri piuttosto elevate a tipo continuo remittente, accompagnate da scariche diarroiche, cefalea e dolenzia diffusa a tutto l'addome. In ottava giornata di malattia, mantenendo la febbre gli stessi caratteri, dietro consiglio di un sanitario che sospettò una affezione Ebertiana, si decise a chiedere ricovero in questo ospedale.

Esame obiettivo (al momento dell'ingresso in ospedale): Costituzione scheletrica regolare. Cute e mucose visibili piuttosto pallide, trofismo cutaneo normale, pannicolo adiposo e masse muscolari ben conservate, assenza di ingorghi ghiandolari. Sensorio integro, polso 88, respiro 24, temperatura 38°,4.

Capo: movimenti del capo, bocca, bulbi oculari, normali; pupille di ampiezza comune, reagenti come di norma alla luce ed all'accomodamento; non diplopia; udito normale.

Lingua sporgente in direzione mediana, umida, impatinata e lievemente arrossata ai bordi; dentatura imperfetta, loquela normale. Collo scarno, torace appiattito; organi respiratori integri. Cuore nei limiti; toni cardiaci deboli, ma puri. Addome: trattabile, con lieve meteorismo e dolorabilità modica alla regione ileo-cecale, ove si avverte anche qualche gorgoglio. Assenza di roseole nella cute dell'addome. Fegato leggermente debordante, indolente, di consistenza normale. Milza ben palpabile a due dita sotto l'arco, di consistenza molle elastica, indolente, mobile con le escursioni diaframmatiche.

Mobilità attiva e passiva di tutti i segmenti corporei, normale; assenza di atassia e di tremori. Sensibilità superficiale e profonda inalterata su tutta la superficie.

Riflessi: presenti e vivaci i cutanei; normali i profondi. Nessun riflesso patologico (Chwosteh 1° e 2°, Hoffmann, Trosseau, Babinski, Oppenheim). Sfinteri normalmente funzionanti.

Pr. mass. 110, min. 65. L'esame ematologico mette in evidenza una modica leucopenia.

Esame urine: colore giallo carico, limpide, reazione acida, densità 1024; albumina tracce indosabili; zucchero assente. Nel sedimento: cellule epiteliali vescicali ed uretrali, scarsissimi globuli bianchi con qualche raro globulo rosso; molti urati amorfi e qualche cristallo di ossalato di Ca.

Reazione di Wassermann: negativa.

Emocultura positiva per il paratifo B.

Sierodiagnosi di Widal positiva per il paratifo B fino alla diluizione di 1/400.

Sunto dei diari. — La febbre assume un carattere continuo oscillante tra i 39° e 40°. In 4ª giornata di degenza si inizia la lattoterapia, dopo di che la temperatura diviene intermittente con dei massimi di 38°-38°,2 alla sera, per attenuarsi sempre più, tanto che in 15ª-16ª giornata di degenza giunge appena a 37°,5.

In 18ª giornata però, compare tromboflebite della grande safena di sinistra con intenso dolore e tumefazione di tutto l'arto. La temperatura riassume un carattere intermittente con forti piressie serotine e tale si mantiene per molti giorni; intanto la tromboflebite regredisce lentamente e la febbre in 34ª giornata prende un carattere continuo iperpiretico e si nota nel medesimo tempo la comparsa di una nuova complicanza a carico della colecisti. Questa infatti si palpa distintamente ingrandita, tesa, dolente.

Anche il fegato è più debordante che all'inizio della malattia, ed è dolente. Le urine si fanno cariche e contengono urobilina in notevole quantità. Il colorito della pelle ha assunto una tinta lievemente giallognola, ma dall'esame delle sclere e delle urine non pare vi sia ittero.

Sottoposta l'a. ad una cura appropriata, la curva termica si modifica prendendo un carattere

misto oscillante fino ad assumere un andamento mite di febbricola, parallelamente alla regressione dei fatti infiammatori della colecisti e della grande safena sinistra, verso la 48ª giornata di malattia.

Tutto a questo punto sembra procedere verso la guarigione definitiva, quando compare improvvisamente, senza segni prodromici di sorta, una tipica e completa afasia motoria.

L'esame obiettivo del sistema nervoso mette in rilievo una lievissima paresi dell'arto inferiore di destra con una minor vivacità e prontezza del riflesso rotuleo omonimo, ed un vago accenno al Babinski; tutti gli altri riflessi superficiali e profondi sono normali.

Tanto l'intelligenza che i muscoli fonatori sono integri, e l'a. ha spesso crisi di pianto per la impossibilità di esprimersi colla parola.

I fatti lievi paretici notati all'arto inferiore di destra dopo una diecina di giorni sono scomparsi completamente.

L'afasia è rimasta totale per circa un mese, tanto che solo in 78ª giornata di degenza l'a. ha potuto dopo lunghi sforzi articolare il proprio nome ripetutole con insistenza e scandendo le sillabe.

Da tale giorno ha gradatamente e lentamente progredito nel ripristino della parola, tantochè al momento presente (a tre mesi dall'insorgenza) si esprime bene, trovando difficoltà solo a pronunciare certe parole e solo in determinati momenti.

Anche la flebite è completamente guarita. Il processo infiammatorio angiocolecistitico invece, ha assunto un andamento cronico per cui ancora periodicamente determina qualche lieve rialzo termico, senza peraltro disturbare il graduale ristabilimento delle condizioni generali.

Nonostante manchi il reperto anatomo-patologico, il caso si presta a considerazioni etiologiche e patogenetiche interessanti. Infatti, mentre da un lato l'afasia tifica è stata esaurientemente illustrata come entità clinica, dall'altro, quando si tratta di stabilirne la patogenesi, ci si trova di fronte a differenti interpretazioni ed ipotesi, quasi tutte suffragate da una casistica anatomopatologica di innegabile valore.

Grande importanza allora assume l'andamento clinico dei fatti, poichè spesso da solo basta a farci orientare verso la giusta interpretazione patogenetica.

Mentre infatti gli emboli settici e le arteriti tifiche della silviana di sinistra o di qualche sua diramazione, danno luogo quasi sempre a concomitanti emiparesi od emiparalisi spesso con contrattura, pare che, all'incontro, i processi degenerativi indotti dalle tossine tifiche nella zona di Broca, per una sua particolare sensibilità al tossico, siano facilmente riparabili una volta scomparsa la causa infettiva.

Altri fattori pure possono dar luogo ad entrambe le forme a seconda della loro intensità e localizzazione: emorragie meningee o comunque processi di ispessimento delle meningi, per la loro azione compressiva sulla sola zona di Broca o su tutta la zona motrice, e la loro durata, pare possano essere causa di afasia transitoria o meno, con o senza emiplegia od emiparesi destra.

Nel nostro caso nonostante l'afasia sia stata preceduta dalle complicanze flebitica e colecistica, e nei primissimi giorni in cui si stabilì, si sia verificata una fugace e lievissima paresi dell'arto inferiore destro, stando con la maggioranza degli AA., ritengo si possa escludere la patogenesi da embolo o da arterite, o comunque da qualsiasi processo organico grossolano del piede della terza circonvoluzione frontale sinistra.

Difatto, la sindrome afasica che si è stabilita così improvvisamente, ed è stata accompagnata dalla fugace paresi suaccennata, dopo un periodo di stato di circa un mese, è andata lentamente e progressivamente regredendo, fino ad aversi nel termine di 4 mesi una completa restituzione della parola.

Questi due fatti escludono, a parer mio, qualsiasi danno organico della regione di Broca e maggiormente di quella di Rolando.

D'altra parte, il comportamento clinico del mio caso, assai simile alla maggioranza di quelli descritti in cui l'afasia transitoria è stata messa in relazione con un processo degenerativo degli elementi cellulari nervosi e vasali di grado non molto avanzato e perciò ancora reparabile, mi induce ad accettare questa speciale patogenesi tossica, tantopiù che le concomitanti complicanze tifiche devono certamente avere prodotto una notevole quantità di tossine oltre a quelle già esistenti fin dall'inizio della malattia.

Per incidenza dirò che non credo si possa neppure pensare ad uno speciale genius neurotropo, poichè nella casistica numerosa di quest'anno non ho osservato particolari complicanze nervose.

La tenue e fugacissima emiparesi destra dell'arto inf., se pure non contribuisce particolarmente al sostegno di questa patogenesi, non mi sembra neppure costituisca un'elemento negativo; essa potrebbe benissimo spiegarsi o con la stessa influenza nociva delle tossine sulla zona motrice, che per essere più resistente di quella di Broca meno ne ha sofferto, oppure, con l'ammettere disturbi circolatori riflessi.

Non voglio chiudere questa breve dissertazione senza avere accennato, in via di ipotesi per la mancanza di elementi dimostrativi, al-

la possibilità di una patogenesi diversa da questa. È noto che il b. del tifo può anche, sia pur raramente, dar luogo a processi meningei circoscritti, come semplici congestioni, ispessimenti, e talvolta formazioni circoscritte purulente.

Nel nostro caso di afasia transitoria che, come tutti i precedenti descritti, manca del reperto anatomo-patologico, e pel quale non ho elementi per non accettare la patogenesi tossica, non mi sembra fuori luogo pensare alla possibilità di una compressione della zona di Broca per un processo infettivo meningeo circoscritto, tantopiù che le due localizzazioni concomitanti extra intestinali del bacillo, mostrerebbero in questo soggetto una grande facilità alle complicanze settiche.

Astraendo da questo caso, penso che nell'accettare la patogenesi tossica siano sempre da tenere presenti queste possibili infezioni delle meningi, che per essere il più delle volte regredibili, possono dare la stessa sintomatologia clinica di quei casi comunemente messi in rapporto con l'azione delle tossine bacteriche sugli elementi nervosi.

RIASSUNTO.

L'A. presenta un caso di paratifo B in soggetto anziano con afasia motrice transitoria, tromboflebite dell'arto inf. sin. e colecistite.

Riassunte le varie teorie patogenetiche sull'afasia tifica egli esclude processi organici della zona di Broca, basandosi sul carattere transitorio della sindrome, e pur ritenendo possibile che alterazioni regredibili delle meningi possano, per compressione, avere interrotto temporaneamente l'attività del centro del linguaggio, mancandogli la conferma anatomica, conclude riferendo l'afasia alla sola azione delle tossine sugli elementi nervosi del centro di Broca.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI.

ALLARIA. *Contrib. allo studio delle complic. nervose dell'ileo-tifo nell'infanzia.* Gazz. Osped. e Clin., 1906, n. 3.

BROCA P. Bull. de la Soc. anatomique, Paris, 63, 1916.

CALCATERRA. *Sull'afasia transit. nel decorso del tifo dei bambini.* Riv. clin. Pediatrica, 1910, n. 5.

CARONIA ed AURICCHIO. La Pediatria, n. 8, 1922.

COLBERTALDO. *Dell'afasia nel corso della febbre tifoidea.* Gaz. Osp. e Clin., giugno 1902.

GATI. *Afasia motrice.* Clin. Pediatr., aprile 1912.

DE SARRO. *Due casi di emiplegia come complicazioni del tifo addominale.* Policl., Sez. Med., 1919, n. 1.

DE TOMMASI. *L'afasia nella febbre tifoidea.* Policl., Sez. Prat., n. 2, 1919.

GALLETTI. *Afasia ed eliparesi destra in un bambino nel corso della febbre tifoidea.* Gazz. Osp. e Clin., agosto 1897.

HEUBNER. *Tratt. malattie dei bambini.* Ed. Vallardi.

KAUFMANN. *Trat. Anat. Patol. Spec.* Vallardi, 1922.

KINNIER-WILSON S. A. *Sull'afasia.* Gazz. Osp. e Clin., n. 3, 1922.

IRACI. *L'afasia nella febbre tifoidea dei bambini.* Policl., Sez. Prat., 1916, n. 43.

LAUREATI. *Contributo clinico allo studio dell'afasia nella febbre tifoidea dell'infanzia.* Ibid., 1916, n. 15.

LEGROUX. *Arterite cerebrale nel decorso di un paratifo A.* Presse Méd., 1916.

LOPRIORE. *L'afasia nella febbre tifoidea.* Gazz. Osp. e Clin., gennaio 1899.

MARINA. *Le affezioni nervose nel tifo.* Genova, Donati, 1916.

MINGAZZINI G. *Lez. di Anat. Clin. dei centri nervosi.* U. Tip. Ed., Torino, 1908.

ID. *Afasia motoria.* Policl., Sez. Prat., 1919.

ID. *Le nuove ricerche anatomo-cliniche di S. Heschen nelle afasie.* Policl., Sez. Med., 1922.

ID. *Le afasie.* Roma, 1923.

MONTANARI A. *Intorno ad un caso di afasia complicante il tifo add.* Giorn. Med. Prat., n. 9, 1925.

MOSCHINI. *L'afasia transitoria nell'ileo-tifo dei bambini.* Rif. Medica, 1920, n. 1.

OSLER. *Emiplegia nella febbre tifoidea.* Rev. Neurolog., 1901.

RATTONE. *Sull'arterite tifosa.* Morgagni, 1987, ottobre.

ROVERE. *Sulle complicazioni nervose del tifo nell'infanzia.* Pediatria, 1909.

SABATINI. *Manifestazioni nervose nel decorso del tifo nell'infanzia con speciale riguardo all'afasia.* Ibid., n. 21, 1923.

TATTONI A. *Sopra un caso di ileo-tifo complicato da afasia transitoria.* Giorn. Med. Prat., n. 5, 1924.

TESTUT. *Anatomia umana.* Libro V, Un. Tip. Tor., 1923.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA OSSEO.

Spondilite traumatica.
(Malattia di Kümmel-Verneuil).

(FROELICH e MOUCHET. *Journ. d. Chir.*, vol. 36, n. 4, 1930).

Questa malattia, detta anche « deformazione vertebrale post-traumatica », o « deformazione vertebrale traumatica tardiva », o « malattia post-traumatica della colonna vertebrale » è caratterizzata da 3 segni principali:

1) *Un trauma*, generalmente lieve e seguito da scarsi sintomi.

2) *Un intervallo libero* di benessere relativo, talora assai lungo, durante il quale il paziente ha ripreso le sue ordinarie occupazioni.

3) *Una deformità progressiva e tardiva* del rachide — cifosi e talora scoliosi — con riapparizione dei dolori.

Quanto alla *patogenesi* si pensa oggi, specie per merito delle ricerche di Schmorl, che si tratti degli esiti di una frattura che non abbia dato segni clinici nè radiologici. Schmorl all'autopsia di individui morti dopo un trauma, esaminando il rachide ha potuto osservare, oltre alla lesione mortale, viscerale o rachidea, altre lesioni in altri corpi vertebrali: fratture trabecolari, emorragie intraossee, fissurazioni della corticale, che non erano svelate da alcun segno dopo 15 giorni dal trauma. Queste lesioni da sole sarebbero state compatibili con la deambulazione la quale però avrebbe disturbato la formazione del callo determinando la deformità rachidea e i sintomi midollari tardivi. Schmorl pensa che, in seguito a un trauma, per stiramenti esercitati dal tessuto fibroso del disco intervertebrale o per compressione esercitata dal disco sul corpo vertebrale, si possano produrre fissurazioni della corticale superiore o inferiore del corpo vertebrale. Attraverso queste incrinature delle piccole masse fibro-cartilaginee del disco tendono a fare ernia nel tessuto spongioso del corpo vertebrale determinando un processo di rarefazione ossea che si ripara molto lentamente.

Anatomia patologica. L'autopsia in alcuni casi ha mostrato le alterazioni del tessuto spongioso dei corpi vertebrali. In altri casi la radiografia, specialmente quella fatta di profilo ha permesso di constatare le alterazioni vertebrali: *la deformità ad angolo con apice anteriore* è il segno caratteristico del terzo stadio della spondilite. Spesso sono visibili anche altre irregolarità ossee: spine, esostosi ecc.

Segni clinici. Il trauma è spesso lieve (scivolamento su di una scala, caduta sugli ischi o sui talloni, sforzo violento per evitare una caduta) e il meccanismo è quello dell'iperflessione o dell'iperestensione. La sede nel 60 % dei casi è lombare o dorso-lombare; eccezionalmente cervicale bassa.

L'evoluzione si divide in tre stadi.

1° *stadio.* Fenomeni di choc se il trauma è stato violento. Spesso il trauma è stato lieve e il paziente ha potuto rialzarsi e camminare. In questo periodo si hanno dolori a carattere nevralgico e disturbi motori (contratture, paresi). Tali fenomeni sono transitori e scompaiono dopo 2-3 giorni, talora dopo 8-10 giorni. L'esame del paziente rivela una dolenzia alla pressione sulle apofisi spinose e una limitazione dei movimenti del rachide sopratutto per l'estensione. Doo qualche giorno anche questi segni scompaiono e tutto ritorna normale.

La radiografia in questo stadio o non viene fatta, o non mostra nulla di preciso.

2° *stadio.* Stadio di benessere relativo, d'intervallo libero, durante il quale il paz. ha ripreso le sue occupazioni. Può durare alcune settimane ed anche dei mesi. Durante questo periodo il paz. soffre di dolori vaghi, molto lievi, alla regione dorso-lombare.

3° *stadio*: ricompaiono i dolori e si stabilisce una deformità vertebrale. I dolori riappaiono gradualmente o improvvisamente, p. es. dopo uno sforzo sono sempre a localizzazione dorsale e con irradiazioni a carattere nevralgico. Possono accompagnarsi a disturbi della sensibilità (intorpidimento, formicolii) o a paresi degli arti inferiori con esagerazione dei riflessi tendinei. Il rachide è deformato progressivamente in cifosi a grande curvatura spesso associata a un lieve grado di scoliosi. I muscoli dorso-lombari dai due lati sono contratti e sporgenti. La pressione sulle vertebre sporgenti è dolorosa. I movimenti del rachide sono più o meno limitati.

Questo stadio, se non si pratica alcuna cura, può durare circa due anni e si ha la guarigione con un gibbo spesso accentuato. Talora la guarigione si è avuta solo dopo 7-8 anni.

Lo stato psichico del malato può ritardare la guarigione specie se si tratta di un infortunio di lavoro.

La diagnosi può essere difficile quando il paziente è visto tardivamente. Le spondiliti infettive (gonococciche, sifilitiche, osteomielitiche), la lomboartrite reumatica, la spondilosi rizomelica, si differenziano facilmente per il decorso e i segni clinici e radiologici. Più difficile riesce spesso la differenziazione col morbo di Pott dal quale la spondilite traumatica si distingue radiologicamente per la conservazione dei dischi intervertebrali e per l'addensamento del tessuto osseo del corpo vertebrale con nettezza di contorno e con presenza di osteofiti.

Cura. Il miglior sistema sarebbe quello di sottoporre a radiografia tutti i traumatizzati un po' importanti della colonna vertebrale e di tenerli a letto, in posizione dorsale o ven-

trale, per 8-9 settimane. È ciò che viene praticato negli ospedali dei traumatizzati in Svizzera e in Germania.

In tal modo si è ottenuta la guarigione completa nell'80 % dei casi in un tempo variabile da 2 a 7 anni. L'operazione di Albee può abbreviare la lunga durata dell'immobilizzazione e ha dato ottimi risultati. La guarigione può essere ritardata dalla mentalità speciale del malato in rapporto alla legge sugli infortuni sul lavoro. G. PACETTO.

L'osteopoichilia.

(E. KÖNIG. *Der Chirurg.*, 1° ott. 1930).

Questa malattia fu descritta per primo da Albers Schöuberg nel 1915, e consiste in uno speciale aspetto radiologico dello scheletro. Nelle ossa si vedono delle macchiette scure dovute ad addensamento dell'osso di volume all'incirca come una lenticchia, disposte per lo più a strisce lungo le travate ossee. Tale aspetto è specialmente evidente al collo del femore e al calcagno.

La malattia colpisce il tessuto spugnoso ed è sistemica, viene risparmiato solo il cranio.

La patogenesi è oscura anche per la mancanza di esami anatomo-patologici. Data la sede epi- e metafisaria si pensa a un disturbo del processo di accrescimento delle ossa.

Wachtel e Köhler mettono in rapporto la malattia col sistema vasale e precisamente coi punti di diramazione delle arterie dove si formano emboli (v. patogenesi della tubercolosi ossea secondo Lexer).

Non dà segni, si tratta di un reperto casuale. Ne sono stati descritti 5 casi dei quali 3 da AA. francesi. Wachtel la chiamò *osteitis condensans* generalizzata.

Nel caso dell'A. si trattava di una demente di 28 anni che fu sottoposta ad esame radiografico per un trauma del gomito.

Era colpita dalla malattia anche la rotula, fatto molto raro. Secondo l'A. non si deve confondere l'osteopoichilia colla « Marmor-Knochenerkrankung » come fa Köhler. In questa i focolai sclerosi sono di forma più irregolare, colpiscono specie la corticale delle diafisi e restringono il canale midollare, inoltre presenta caratteristiche lesioni della sella turcica. Poi fatto più importante si tratta sempre di una malattia che si accompagna ad enorme fragilità delle ossa e ad esito spesso infausto. M. ASCOLI.

Le esostosi sottocalcaneari.

(FERRARI e MORAND. *Journ. d. Chir.*, t. 36, n. 2, 1930).

Su 4 osservazioni gli AA. trattano questo capitolo con particolare riguardo alla patogenesi.

In due casi osservati dagli AA. vi era nell'anamnesi una pregressa blenorragia, guarita, e in uno di questi casi la radiografia mostrava un'altra esostosi sulla faccia posteriore del calcagno.

Negli altri due casi l'esostosi era bilaterale, sviluppata sulla tuberosità interna e nell'anamnesi non vi era sifilide nè blenorragia. In tutti i casi coesisteva un piede piatto acquisito.

Anatomia patologica: *Sede* preferita la tuberosità interna, raramente l'esterna, talora ambedue le tuberosità e allora coesistono spesso altre esostosi retrocalcaneari con reazione periostale.

Forma di una spina con base d'impianto più o meno larga, a punta affilata, talora gonfiata, in genere poco lunghe (1-3 cm.), quasi sempre appiattite in senso trasversale e mai in senso antero-posteriore (carattere importante per la patogenesi). *Costituzione*: Sono formate da tessuto osseo normale o congestionato, compatto o, più spesso, con un nucleo spugnoso interno. In questi casi l'esostosi sembra l'esagerazione di una disposizione normale (esagerata sporgenza della tuberosità interna) e si può vedere radiograficamente il prolungamento delle travate ossee del calcagno nella esostosi. *Parti molli circostanti*: normali, oppure sclerotiche e difficilmente staccabili. Talora è stata notata l'esistenza di una borsa sierosa. Tali alterazioni sono certamente secondarie.

Etiologia: relativamente frequenti, lo sarebbero maggiormente se la radiografia fosse fatta in tutti i casi di talalgia. *Sesso*: lieve predominanza negli uomini. *Età*: 25-50 anni.

Stato generale: rare negli individui muscolosi senza la concomitanza di fattori infettivi (blenorragia); frequenti nei grassi esposti a disturbi trofici o affetti da lesioni ossee (specialmente da piede piatto). Le fatiche, la stazione eretta e le marce prolungate sono le cause determinanti.

Sintomi: sono quelli della talalgia di cui la patogenesi è ancora oscura e la maggior parte delle quali è dovuta ad esostosi. I *segni fisici* sono assai scarsi: la palpazione provoca dolore nettamente localizzato alla tuberosità interna. Caratteristica è la deambulazione che è dolente e avviene poggiando la punta, o prima la punta e poi il tallone, con manifesta claudicazione.

Diagnosi: viene assicurata solo con la radiografia. Esistono talalgie senza esostosi ma spesso in casi di talalgia la radiografia svela l'esistenza di una esostosi.

Patogenesi. Per alcuni AA. si tratta di una *periostite traumatica*, ma il trauma pregresso non si trova in tutti i casi. Altri pensano ad una *periostite infettiva* (blenorragica) ma anche questo dato anamnestico manca in molti casi. Altri interpretano l'esostosi come una *ossificazione tendinea* o come una *esagerazione della disposizione normale*. Altri infine ammettono che il piede piatto per degli stira-

menti sulle inserzioni posteriori dei m. plantari determini una ossificazione in questo tratto.

In alcuni casi è fuori di dubbio la natura infettiva blenorragica e il quadro radiologico ne dà ragione (periostite circostante), ma in altri casi la blenorragia è fuori di discussione e l'aspetto radiologico è ben differente. Dunque il trauma e l'infezione possono essere considerati come cause coadiuvanti e bisogna cercare la causa prima patogenetica nelle condizioni locali. M. e F. pensano che perchè l'esostosi si sviluppi è necessaria una esagerata trazione dei m. plantari sulla tuberosità e questo fattore si trova realizzato nel piede piatto acquisito. Per la trazione le fibre tendinee vengono stirate e rotte parzialmente, si ha anche distacco di piccoli lembi periostali e vengono realizzate in tal modo le migliori condizioni per lo sviluppo ulteriore dell'esostosi. Perciò M. e F. pensano che si tratti di un vero *osteoma* paragonabile in tutto a quello che si sviluppa nel brachiale anteriore in seguito a certe lussazioni posteriori del gomito. In conclusione M. e F. ammettono l'esistenza di *esostosi infettive* (blenorragiche) consecutive ad una periostite, di cui rappresentano la cicatrice, e coesistenti con altre esostosi retro- e sottocalcaneari, o almeno con una reazione periostale diffusa, e le *esostosi vere*, osteomi muscolari sviluppatisi nello spessore dei m. plantari in individui affetti da piede piatto.

Cura: chirurgica. Può essere discutibile nelle forme non dolorose e quando si tratta di una periostite blenorragica. In questo caso il riposo e la vaccinoterapia possono portare a guarigione. Ma nelle forme dolorose e quando l'esostosi è già costituita è necessaria l'asportazione.

M. e F. fanno un'incisione a ferro di cavallo, aperta in avanti, al limite della faccia plantare con le facce laterali e posteriore del tallone. Il lembo viene ribattuto in avanti e le fibre muscolari soprastanti all'esostosi vengono incise secondo la loro direzione. L'esostosi viene sezionata alla base dopo distacco delle inserzioni muscolari. La deambulazione ridiviene normale dopo circa un mese.

Nei quattro casi operati da M. e F. i risultati prossimi e lontani furono ottimi.

G. Pacetto.

ORGANI DIGERENTI.

Aspetti e trattamenti dell'amebiasi intestinale cronica.

(P. Oury e P. Godard. *Presse Méd.*, 4 marzo 1931).

L'amebiasi non si identifica con la dissenteria. La dissenteria non è che uno degli aspetti di essa, ed il più raro nei malati cronici. Ma anche nelle sue manifestazioni più polimorfe, l'amebiasi, nei nostri climi, è abitualmente contrassegnata da alterazioni intestinali croniche. L'amebiasi cronica è, anzitutto, una colite cronica che possiede, oltre ai caratteri abituali della colite banale, dei caratteri parassitologici, endoscopici e terapeutici speciali e quasi patognomonici.

Dal punto di vista etiologico, i malati possono essere distinti in quattro categorie:

1) quelli che hanno avuto in passato delle crisi di dissenteria amebica, riconosciuta e trattata come tale;

2) quelli che hanno abitato in paesi dove la dissenteria è abituale;

3) quelli che non hanno mai abitato in tali paesi, ma che hanno avuto contatti certi o possibili con dei coloniali;

4) quelli infine nei quali non si ritrova nell'anamnesi nessuna traccia netta di contagio ma nei quali il laboratorio, l'endoscopia o il trattamento dimostrano la malattia.

Il contagio si verifica per contatto giornaliero con portatori di amebe o di cisti, o, più raramente, per ingestione di legumi e di frutta cruda, di acqua contaminata.

Mentre la dissenteria acuta viene caratterizzata da una sintomatologia chiara, l'amebiasi cronica deve essere analizzata più minuziosamente ed essere caratterizzata da tre elementi principali. Clinicamente i malati non si lagnano mai di dissenteria franca. Essi soffrono di stati che vanno da questa dissenteria franca al perfetto funzionamento gastro-intestinale. Questi stati sono i seguenti:

A. *Sintomi intestinali*, che possono prendere una delle 4 forme seguenti:

a) diarree ribelli, moderate ma persistenti;

b) diarree irregolari, post-prandiali, coliche e stiramenti intestinali;

c) costipazione, alternative di costipazione e di diarrea;

d) costipazione ostinata, dolori della fossa iliaca destra e del basso ventre.

All'esame si può trovare del gorgoglio cecale o della rigidità colica, ma più spesso l'addome ha un aspetto assolutamente normale.

B. *Sintomi gastrici ed epatici* che vanno dalla dispepsia semplice alle nevralgie solari, al punto doloroso epatico, al subittero, ai piccoli segni di insufficienza epatica.

C. *I sintomi generali* formano un'importante corteo, in cui l'anemia, il dimagramento, le piressie irregolari, i malesseri improvvisi si accompagnano alle cefalee, all'inappetenza, all'astenia neuro-endocrina e alla psicoastenia leggera.

All'*esame endoscopico rettale* si vedono delle lesioni che sono intermedie fra l'ulcerazione difteroide patognomonica e la mucosa rettale assolutamente sana. Le alterazioni della mucosa sono minime e disseminate; bisogna ricercarle con attenzione. Talora la mucosa è iperemica, congesta, di colore vermiglio, edematosa, talora liscia e brillante, talora pallida cosparsa di

punti emorragici o da dilatazioni vascolari o di piccole ulcerazioni poco profonde. Qualche volta esiste una ulcerazione più difteroide, delle cicatrici da ulcerazioni precedenti. Ma in molti casi la mucosa ha un aspetto affatto normale alla rettoscopia.

Bisogna in terzo luogo ricorrere all'*esame delle feci*. Le feci sono spesso molli; quando sono diarroiche possono richiamare null'altro che la diarrea banale. In altri casi sono ricche di muco e di sangue. Oltre che con l'esame diretto delle feci appena emesse e senza urina, che permette di vedere, se esistono, le amebe viventi, è sopratutto con la ricerca delle cisti che si farà la diagnosi di amebiasi. Un esame di laboratorio avrà dunque valore solo quando è praticato su feci emesse nel laboratorio stesso. L'esame va praticato a diverse riprese, insistendo nel ripeterlo, malgrado le ricerche infruttuose. Poichè la presenza delle cisti è rara nelle feci da costipazione, è preferibile provocare una diarrea a mezzo del solfato di soda.

Quando si è esaminato dal punto di vista clinico, endoscopico e parassitologico l'infermo, ci si trova in presenza di parecchie possibilità:

1) Esami parassitologici ed endoscopici ambedue positivi; la diagnosi non può essere dubbia.

2) Solo l'esame di laboratorio è positivo, mentre l'endoscopia non rivela nulla di anormale.

In questo caso, assai frequente nella pratica, bisogna ancora affermare l'amebiasi.

3) Esame di laboratorio negativo a varie riprese e lesioni rettali assai nette. Se l'anamnesi e l'esame clinico si accordano più o meno con la diagnosi di amebiasi ed il trattamento di prova viene coronato da successo, non si esiterà ad affermare la diagnosi di amebiasi.

4) Se gli esami parassitologici ed endoscopici sono ambedue negativi, il caso è più difficile e più discutibile. Solo un miglioramento manifesto del paziente con il trattamento di prova permette di affermare l'amebiasi cronica, ma ci si può sempre domandare fino a qual punto il trattamento di prova potrebbe agire su delle lesioni retto-coliche non dissenteriche.

Il *trattamento* dell'amebiasi deve essere lungo e meticoloso. Esso deve essere dolce e prolungato, estendersi per mesi e per anni con periodi di interruzione di qualche giorno o di qualche settimana. Vi sono tre gruppi di medicamenti ai quali si può ricorrere successivamente o contemporaneamente nella cura dell'amebiasi: 1) l'ipecacuana ed i suoi derivati, 2) gli arsenicali, 3) gli iodici.

I. *Ipecacuana e suoi derivati*. L'emetina, alla dose di 3-4 centigr. di cloridrato per alcuni giorni consecutivi, è il rimedio più attivo in ogni crisi amebica un po' accentuata o ribelle ad altri trattamenti. Ma non bisogna ricorrervi che quando si vuole agire presto o se gli altri rimedi hanno fallito. Gli AA. mettono in guardia contro l'emetina per via endovenosa. Nei casi assai violenti l'emetina è formalmente indicata, alla dose di 6-8 centigr. al giorno, in due volte. È bene non oltrepassare i 50 centigr. per una cura e di associare le iniezioni di olio canforato a causa della possibile astenia cardio-vascolare.

Accanto all'emetina, la pasta di Ravaut (polvere di carbone, sottonitrato di bismuto, sciroppo semplice e glicerina, anagr. 100, polvere di ipecacuana gr. 4) rende i maggiori servizi.

II. L'*arsenico*, medicamento di tutte le affezioni parassitarie, non manca di agire con efficacia nella amebiasi cronica. Si impiega più frequentemente lo stovarsolo, solo o associato alla pasta di Ravaut. Il novarsenobenzolo (endovenoso da 0,16, 0,30, 0,45 centigr.) può essere provato con prudenza quando lo stovarsolo fallisce. Lo stato generale è sempre considerevolmente migliorato dai composti arsenicali.

III. I *composti iodici* sono stati sistematicamente impiegati in quest'ultimi anni dagli AA. tedeschi.

Lo yatrene purissimo 105 viene adoperato in pillole da gr. 0,25, in polvere, in compresse e per lavaggi, in soluzione 1, 2, 3, per cento ed anche più. Esso ha il massimo effetto nella dissenteria acuta, ma ha anche un'azione incontestabile nella amebiasi cronica. Esso agisce come un linfagogo e nei costipati è relativamente poco lassativo. Al contrario, negli amebici diarroici o che hanno tendenza alla diarrea, determina anche a piccole dosi evacuazioni acquose abbondanti e ripetute. Questo fatto non controindica il trattamento, anzi è uno degli elementi del successo di esso. Si cercherà però con qualche goccia di laudano o con altri mezzi di limitare il numero delle scariche quotidiane a 2 o 3 finchè durerà la cura di yatrene, cioè per una settimana. La cura deve essere ripetuta dopo una e poi parecchie settimane, allo stesso modo. Solo in caso di diarree molto profuse il rimedio sarà abbandonato.

Gli AA. raccomandano le dosi moderate gradualmente crescenti fino al limite della tolleranza.

Lo yatrene determina una diminuzione rapida dei fenomeni dolorosi e colici nella maggior parte dei casi ed un benessere generale presto apprezzato dai malati. Le cisti scompaiono presto dalle feci, le lesioni rettali scompaiono gradualmente; talora però, specie nei costipati, le cisti scompaiono dopo parecchie serie di yatrene.

Nei bambini si possono usare gli arsenicali (sulfarsenol, acetylarsan), l'emetina (1 centigr. per anno di età), il rivanolo, il rivanolette.

Ogni cura medicamentosa deve essere accompagnata da un trattamento generale. Esso con-

sisterà nel riposo relativo con alimentazione regolata ogni giorno secondo gli effetti del trattamento. Il malato dovrà ricercare le regioni fresche o l'altitudine sopratutto d'estate.

C. Toscano.

A proposito della lambliasi. Importanza dello studio clinico.

(I. Dalsace. *Arch. des Mal. de l'App. Dig. e de la Nutrit.*, 9 gennaio 1931).

Il problema della lambliasi è ancora pieno d'incertezze e di punti in discussione. Un piccolo numero di fatti sembra però solidamente stabilito. Da una parte è la presenza frequente della *giardia intestinalis* nell'intestino tenue e nel colon sia del bambino che dell'adulto; dall'altra parte la patogenicità della lamblia e lo sviluppo dei sintomi morbosi durante il periodo di moltiplicazione delle lamblie e la guarigione coincidente con la loro diminuzione e la loro scomparsa.

Per contro, si trovano, in individui assolutamente sani, non solo delle cisti di giardie, ma delle forme adulte. Forse una preventiva alterazione banale dell'intestino è la condizione indispensabile di una lambliasi patologica.

Incerte sono ancora le nostre conoscenze circa la lambliasi biliare. Mentre per alcuni AA. la pullulazione delle lamblie nelle vie biliari è cosa comune, per altri è eccezionale.

L'A. ha osservato 12 casi di lambliasi. Egli richiama particolarmente l'attenzione sui segni clinici e fra essi, in ispecial modo, sulla discordanza fra l'importanza dei fenomeni generali (astenia, sudori abbondanti, cefalea, dimagramento notevole, stato febbrile) e la scarsezza dei fenomeni locali.

Dal punto di vista terapeutico, l'A. ha avuto buoni risultati dal bismuto, sopratutto sotto forma di sotto-nitrato lungamente continuato, e dagli arsenicali.

C. Toscano.

La malattia celiaca.

(L. G. Parsons. *Lancet*, 10 gennaio 1931).

La malattia celiaca s'inizia prima dei due anni di età in bambini di ambo i sessi, ma più nelle femmine che nei maschi.

Si manifesta clinicamente solo più tardi e per lo più dopo una crisi acuta di diarrea e vomiti.

I sintomi caratteristici dell'affezione in pieno sviluppo sono i seguenti:

1) feci abbondanti, pallide, puzzolenti, contenenti una gran quantità di grassi;

2) deperimento ed arresto di sviluppo, dovuti principalmente alla deficienza di grassi;

3) meteorismo;

4) anoressia ed altri disturbi nervosi;

5) sintomi di carenza.

L'aspetto e l'abbondanza delle feci è dovuto ad un eccessivo contenuto di acqua e di grassi.

Mentre ordinariamente nelle feci passa solo il 25 % dei grassi ingeriti, nella malattia celiaca questa percentuale arriva al 40-60 ed anche all'80 %.

Durante la malattia si possono avere fasi diarroiche o non, ma la steatorrea è sempre presente.

Nelle fasi diarroiche predominano gli acidi grassi, in quella non diarroica i saponi. In conseguenza della steatorrea si produce una notevole demineralizzazione ed in particolare una perdita notevole di calcio e fosforo. Il bilancio dell'azoto, tuttavia, risulta normale.

Il deperimento che si accentua a misura che la malattia si sviluppa e può raggiungere gradi estremi, è dovuto alla mancanza di grasso sottocutaneo ed è particolarmente rilevante alle regioni glutee e degli adduttori. Per ragioni ignote la faccia rimane rotonda ed anche rosea, tanto che quando è vestito il piccolo paziente può apparire anche sano e ben nutrito. Il dimagrimento degli arti inferiori contrasta con l'aspetto della faccia, la distensione dell'addome con l'assottigliamento delle natiche.

Insieme al deperimento c'è un grado marcato d'ipotonia muscolare ed un ritardo dello sviluppo fisico, per modo che il ragazzo appare di 4-5 anni più giovane di quel che effettivamente sia. L'infantilismo con il progresso degli anni diventa sempre più evidente.

La distensione dell'addome è un altro dei sintomi caratteristici che è reso più sensibile dall'assottigliamento delle natiche. Esso dipende dall'accumulo di gas nell'intestino e dall'ipotonia della parete addominale.

L'anoressia può raggiungere gradi estremi. In ogni caso l'appetito è molto capriccioso.

L'intelligenza è normale e qualche volta i pazienti possono sembrare anche psichicamente precoci forse in relazione all'infantilismo fisico. Nel periodo diarroico sono irritabili, piagnucolosi, incontentabili.

Talvolta si ha dolenzia agli arti inferiori probabilmente in rapporto a processi neuritici.

Di solito c'è un certo grado di anemia secondaria, che può raggiungere notevole intensità.

Talvolta si notano sintomi di scorbuto da deficienza alimentare.

Non sono rari gli edemi ed anche versamenti addominali che rendono ancora più difficile la diagnosi con la peritonite tubercolare.

Gli edemi sono molto simili a quelli da fame o alimentari e sembrano dovuti ad assenza di vitamine B. In effetti essi scompaiono con la somministrazione di banane che sono ricche di tale vitamina.

Tutta la sindrome è stata considerata come una malattia da carenza di vitamina A. La ten-

denza alle infezioni, alle corizze, alle diarree infettive conforterebbero questa ipotesi, che peraltro non sarebbe confermata dalla mancanza di xeroftalmia.

La malattia si spiega meglio con carenza di vitamina D. La rachitide si ha in due differenti periodi della malattia, durante l'allattamento, al 6°-18° mese di età, e quando il ragazzo ha raggiunto i 6-7 anni. Le manifestazioni più abituali sono il ginocchio valgo e qualche ingrossamento dell'epifisi del polso, ma si possono avere anche deformità multiple, ossa a rosario, ingrossamento di tutte le epifisi, cranio natiforme, fratture multiple delle ossa lunghe, fino al punto da rendere impossibile lo stare in piedi o il camminare. La prova che si tratta di alterazioni rachitiche è data dall'esame radiografico (reperti simili a quelli del rachitismo), dall'esame del sangue (diminuzione del tasso del calcio e del fosforo), e dal criterio terapeutico (miglioramento con la cura dei raggi ultravioletti, con i preparati non grassosi di vitamina D).

Altri sintomi deficitarii della malattia celiaca è la tetania, in rapporto a diminuzione del calcio nel sangue.

L'anatomia patologica e l'etiologia della malattia celiaca sono sconosciute.

L'affezione è stata attribuita ad un processo infiammatorio dell'intestino, a tubercolosi mesenterica, ad infezione cronica del gruppo dissenterico, ma nessuna di queste ipotesi regge alla critica.

Molti fatti concorrono a far credere che si tratti di un'avitaminosi dipendente da deficienza dell'assorbimento alimentare.

Il fatto più caratteristico della malattia è la steatorrea, e se si determinasse la causa di questa steatorrea si conoscerebbe la causa della malattia celiaca.

Non può parlarsi di acolia perchè non s'è riusciti mai a notare assenza o deficienza di pigmenti biliari nelle feci, nè di acloridria perchè in tutti i casi esaminati si è trovata normale la quantità di acido cloridrico nel succo gastrico. Per altro la composizione del succo gastrico e pancreatico, nonchè della bile, fu trovata sempre normale.

In effetti nella malattia celiaca non c'è difetto di digestione ma di assorbimento e l'eccesso di grassi nelle feci dipende dal fatto che essi non vengono assorbiti.

I pazienti di malattia celiaca possono sopravvivere a lungo fino a raggiungere il miglioramento che si verifica con la pubertà. Non di rado però soccombono a malattie intercorrenti.

Con il trattamento adeguato si riesce quasi sempre ad arrestare lo sviluppo della malattia.

La cura consiste essenzialmente nella dieta alimentare che deve essere ricca di sostanze azotate, povera di carboidrati e quasi mancante di grassi, e sufficientemente fornita di vitamine, acqua e sali.

Il miglior metodo di cura consta di tre periodi.

Nel primo periodo la dieta deve consistere esclusivamente di latte scremato con l'aggiunta di polvere di caseina, eventualmente zuccherato con saccarina.

Nel secondo periodo si darà succo di carne sgrassato, albume d'uovo e piccole quantità di petto di pollo o di carne di coniglio. Nel terzo periodo si aumenteranno le albumine della dieta del secondo periodo e si aggiungeranno piccole quantità di carboidrati (banane, limoni, pomodori ed altri vegetali senza grassi e ricchi di vitamine).

Infine si aggiungeranno cereali ben cotti e piccole quantità di grassi.

Per prevenire o arrestare lo sviluppo della rachitide si somministrerà ergosterol irradiato e si praticheranno irradiazioni generali con raggi ultravioletti.

Nel primo periodo della cura il paziente deve rimanere a letto.

Il trattamento della malattia celiaca è molto noioso e richiede molta pazienza. Il successo dipende dalla cooperazione dell'infermo, dei parenti e del medico. Ma quando tutto procede in ordine i risultati sono brillanti.

DR.

FISIOLOGIA.

Azione delle basse temperature sui liquidi e sui tessuti degli animali.

(F. BOTTAZZI. *Gazzetta Sanitaria*, genn. 1931).

L'A. riferisce sommariamente i risultati finora ottenuti dalle ricerche che da parecchi anni vengono eseguite nel Laboratorio di Fisiologia di Napoli sull'azione che le basse temperature esercitano sui liquidi e sui tessuti dell'organismo vivente, vale a dire sui sistemi colloidali liquidi o organizzati.

Per quanto riguarda i liquidi, considerati semplicemente come soluzioni colloidali, già fin dal 1916 Quagliarello aveva osservato che per azione delle basse temperature, non solo si abbassa la tensione superficiale ma si eleva anche, benchè relativamente meno, la viscosità del latte; e che tale effetto può essere constatato, non solo nel latte di mucca, ma anche in quelli di donna, di asina e di capra, ancorchè in grado diverso. Probabilmente l'abbassamento della tensione superficiale causata dal freddo è dovuta a separazione di gliceridi degli acidi grassi inferiori, e perciò solubili in acqua, dal miscuglio di gliceridi inferiori e superiori che costituisce il grasso del latte.

Ricerche sono state fatte anche in soluzioni proteiche e sul siero del sangue. A tempera-

ture poco discoste da 0° C., le soluzioni proteiche non presentano traccia di fiocchificazione finchè contengono elettroliti. Ma se sono private di questi mediante dialisi sufficientemente prolungata, alle dette temperature le proteine fiocchificano. La coagulazione è però perfettamente reversibile: basta lasciar tornare il liquido alla temperatura dell'ambiente, perchè esso ridiventi limpido.

Gli elettroliti stabilizzano, dunque, le proteine contro l'azione coagulante delle basse temperature, precisamente come le stabilizzano contro i vari agenti fisici e chimici. Altre conseguenze che si possono trarre da questi risultati sono le seguenti. Le temperature basse, ma non molto discoste da 0° C., non denaturano le proteine. Si sarebbe indotti, invece, a supporre, che temperature tanto basse da produrre il congelamento di tutta l'acqua del sistema colloidale e fatte agire per un tempo considerevole, dovessero coagulare irreversibilmente le proteine del siero del sangue, produrre cioè effetti simili a quelli delle temperature altissime. Ciò invece non avviene che per qualche componente del siero di sangue, forse di natura non proteica ma lipoidica, e dopo il disgelo il siero presenta per lo più una lievissima opalescenza, e solo qualche volta vi si osserva un tenue coagulo. Ma il siero, o il plasma, si dimostra così stabile di fronte alle temperature molto basse solo finchè contiene i suoi elettroliti. Quando gli elettroliti sono in piccola quantità, essi non bastano a ridonare cariche elettriche alle particelle concentratesi in aggregati per effetto delle basse temperature, e non bastano quindi a disgregarle.

Le ricerche concernenti i tessuti animali sono state fatte, finora, sui muscoli, striati e lisci, sulla lente cristallina, sui nervi e sui gangli nervosi.

Dopo aver descritto la *contrattura da caldo* dei muscoli striati, l'A. non fu poco meravigliato di osservare che anche il lento raffreddamento provoca una cospicua contrattura dei muscoli striati dei mammiferi, intorno ai 2°-6° C., vale a dire a una temperatura notevolmente superiore al punto di congelamento del muscolo. Questa contrattura da freddo è, come quella da caldo, perfettamente reversibile, se il muscolo è riportato subito dopo alla temperatura dell'ambiente. La contrattura da freddo è un fenomeno piuttosto labile, che scompare in un tempo più o meno breve dopo la morte dell'animale: più presto (1-2 ore) nei mesi estivi; più tardi nei mesi invernali. Per contro la contrattura da caldo può essere provocata ancora parecchie ore dopo la scomparsa dell'altra. Tale differenza temporale fra le due temperatura è stata utilizzata dal De Crecchio in medicina legale per determinare il tempo della morte dell'animale o dell'uomo, tenuto conto della temperatura alla quale il cadavere era stato esposto.

La contrattura da freddo è presente in molti muscoli di animali invertebrati, mentre i muscoli striati degli anfibi non la presentano affatto. Quali differenze di composizione chimica e di struttura fisica possono esser la causa di tale diverso comportamento dei muscoli, non è possibile dire.

Oltre che sui muscoli striati, l'A. ha indagato l'azione delle alte e delle basse temperature anche sui muscoli lisci ed ha trovato che nel muscolo *retractor penis* del cane si può provocare un cospicuo accorciamento raffreddandolo.

Fenomeno diverso dalla contrattura è la rigidità da freddo. Mentre la prima è reversibile, la rigidità è irreversibile. Se si espone il muscolo a temperatura molto bassa e per un tempo considerevole, il muscolo, già contratturato, passa nello stato di rigidità da freddo e dopo il disgelo esso si accorcia fortemente, descrivendo una curva simile a quella della contrattura o della rigidità da caldo. Se la rigidità è completa, il muscolo, ineccitabile, rimane accorciato per giorni interi anche alla temperatura dell'ambiente. Presentano questa forma di rigidità i muscoli striati (vivi, eccitabili) degli animali pecilotermi e omeotermi; e il muscolo cardiaco dei medesimi; non la presentano i muscoli lisci e nemmeno i muscoli striati ed il miocardio quando siano divenuti già ineccitabili prima del congelamento. Gli organi muscolari lisci, dopo il congelamento e il disgelo, si rilasciano estremamente, e insieme col tono mostrano di aver perduto anche la capacità di eseguire le ordinarie loro contrazioni ritmiche automatiche. Da questi fatti sembra potersi inferire che la rigidità da freddo dipenda dalla formazione di acito lattico nel muscolo, non altrimenti che la rigidità cadaverica, la rigidità da caldo, da cloroformio, ecc.

La formazione dell'acido lattico non avviene durante il progressivo raffreddamento, ma durante il disgelo. Il congelamento è però la condizione *sine qua non* della formazione dell'acido. Le temperature prossime a quelle di congelamento rendono il muscolo ineccitabile e fanno scendere al minimo la produzione dell'acido lattico: solo durante il disgelo questa si accelera enormemente. Per dare una spiegazione comune della rigidità cadaverica, da caldo, da freddo, da cloroformio, ecc., bisogna ammettere una causa comune dell'accelerarsi della reazione produttiva dell'acido lattico. La causa comune sarebbe un'alterazione, più o meno celere e profonda, della struttura fisica delle fibre muscolari, dello stato chimico-fisico dei loro colloidi, la quale avrebbe per effetto lo svolgersi tumultuoso, non più frenato, non più regolato, dei processi che conducono alla formazione dell'acido lattico nel muscolo.

Ma se con la formazione tumultuosa di acido lattico si può spiegare la rigidità da caldo

e da freddo, analogamente non è possibile spiegare la contrattura da caldo, e tanto meno quella da freddo, la prima perchè a 43°-45° C. (temperatura alla quale essa si verifica) non è dimostrato che si acceleri criticamente la formazione di acido lattico nei muscoli, e la seconda perchè al raffreddamento graduale si ricorre appunto per impedirla o limitarla al minimo, e tutt'e due perchè sono reversibili. Verosimilmente la contrattura da freddo è dovuta ad un processo analogo alla coagulazione da freddo degli idrosoli, vale a dire a una gelificazione (o tendenza alla gelificazione) reversibile del colloide muscolare.

Altre ricerche sono state eseguite per lo studio dell'azione delle basse temperature sui gangli nervosi simpatici e spinali. I gangli simpatici si dimostrano, rispetto al lento raffreddamento, più labili dei tronchi nervosi in generale e dei gangli spinali o di gangli omologhi a questi. Probabilmente il diverso comportamento dei nervi e dei gangli simpatici è dovuto al fatto che, prima delle fibre, risentono l'azione del raffreddamento le sinapsi contenute nel ganglio, le quali notoriamente sono strutture colloidali più labili, mentre il comportarsi dei gangli spinali similmente ai nervi, conferma l'assenza nei medesimi di strutture sinaptiche.

Circa il comportamento della lente cristallina, il colloide lenticolare si dimostra meno stabile dei colloidi del siero del sangue; infatti, mentre per ottenere un opacamento di questo occorre privarlo della massima parte degli elettroliti, la lente di pecora e di bue si opaca per effetto del solo raffreddamento. Verosimilmente ciò dipende, almeno in parte, dal fatto che la lente rappresenta un sistema colloidale assai più condensato che non sia il siero del sangue. Sistemi colloidali più condensati di questo sono anche i tessuti; e, infatti, la contrattura dei muscoli e l'abolizione della conduttività nei nervi si manifestano, come l'opacamento sulla lente cristallina, per azione del solo raffreddamento.

C. TOSCANO.

PROBLEMI D'ATTUALITÀ

Sulla natura infettiva della sclerosi disseminata.

(P. PARENTI. *Riv. Clin. Med.* n. 23, dic. 1930).

La conoscenza della sintomatologia clinica e del quadro anatomo-patologico della sclerosi a placche risale al 1835, allorchè il Cruveilhier ne diede la prima descrizione. Era restata però finora ancora incerta l'etiologia e la patogenesi di tale forma morbosa.

Che l'etiologia dovesse riferirsi ad un agente infettivo è stato da molti autori ammesso, ed anche recentemente il Brain ammetteva che le placche fibronevrogliche fossero gli esiti finali d'un processo infiammatorio iniziale.

Però quale fosse l'agente infettivo non era stato possibile stabilire; qualche A. attribuiva la malattia ad un virus filtrabile oppure ad un veleno solubile nel liquor; Kuhn e Steiner riscontrarono nel liquor una spirocheta speciale, da essi chiamata spirocheta Argentinensis, ritenuto l'agente infettivo della sclerosi disseminata.

Ma sebbene la loro affermazione fosse avvalorata da ricerche sperimentali, fu messa in dubbio, nè la presenza di questa speciale spirocheta nel liquor c. r. di malati di sclerosi disseminata non fu confermata da altri AA.

Le conoscenze e ricerche erano a tal punto, allorchè nel 1930 la Chevassut potè osservare nel liquido c. r. di affetti da sclerosi a placche una frequente positività della reazione all'oro colloidale, positività che essa non attribuì ad una modificazione del quoziente albuminoideo, ma ad una tossina o ad un virus specifico. Partendo da questo presupposto ella fece diverse culture di liquido c. r., finchè in una cultura su brodo di Hartley con aggiunta di siero umano, fu notata una modificazione chimico-fisica (diminuzione del pH) che doveva essere attribuita o ad un fermento o ad un virus vivente. Successive ricerche, eseguite con una tecnica speciale, alfine misero in evidenza nelle culture delle immagini caratteristiche e costanti di piccoli gruppi o colonie di corpi sferici di cui alcuni sembrerebbero aderire a dei piccoli granuli rinfrangenti; questi corpi furono detti *spherula insularis;* si mostrarono costanti, e con una positività del 93 % nei liquidi c. r. di malati di sclerosi a placche, e con i seguenti caratteri: è un virus aerobio, più sensibile al caldo che al freddo, sopravvive pochi minuti a 50° e muore a 0°, viene ucciso rapidamente dal formolo al 0,5 %, è sensibile alle variazioni del pH, non produce gas nei terreni zuccherati.

Ulteriori ricerche della Chevassut fanno supporre che la modificazione della reazione dell'oro colloidale sia dovuta piuttosto ad una tossina secreta dal virus, che all'azione del virus stesso sulla mielina.

Stabilito che la spherula insularis sia l'agente della sclerosi disseminata, si tentarono ricerche ed inoculazioni per la produzione d'un vaccino curativo; ma i risultati terapeutici sono ancora troppo incerti per poter far dare un giudizio definitivo.

Se la scoperta della Chevassut intorno a questo virus che sta ai limiti della visibilità tra i germi ed i virus filtrabili sarà confermata da successive ricerche, certo un gran passo sarà stato compiuto nella conoscenza dell'etiopatogenesi della sclerosi disseminata.

L. CARUSI.

Sull'etiologia della sclerosi disseminata; qualche critica alle recenti ricerche.

(E. A. CARMICHAEL. *Proc. of the Royal Soc. of Med.* XXIV, 3, marzo 1931).

Molto recentemente Chevassut ha richiamato l'attenzione su di un germe particolare, la spherula insularis, che l'A. ritiene l'agente patogeno della sclerosi disseminata.

A parte l'aspetto morfologico di tale piccolissimo germe, altri caratteri ne confermerebbero l'esistenza:

1) il virus può essere coltivato dal liquido c. r. di malati di sclerosi a placche: 2) nelle culture positive si nota una modificazione del pH del terreno, con aumento dell'acidità; 3) la reazione dell'oro colloidale di Lange è generalmente positiva; 4) si ha una disfunzione epatica, svelabile con la prova della tolleranza del levulosio.

Il Carmichael ha voluto controllare questi speciali caratteri del liquido c. r., che dalla Chevassut sono attribuiti all'azione della spherula insularis o ad una sua tossina.

Reazione all'oro colloidale di Lange. È richiamata dapprima l'attenzione sulla sensibilità di tale reazione, la quale può dare delle curve positive anche in casi normali, per cui s'impone l'uso d'un metodo standardizzato, che non vada soggetto ad errori.

Tale reazione è stata provata in tre categorie di malati di sclerosi disseminata: nella forma acuta, nella forma progressiva, nella forma stazionaria.

Furono considerati 32 casi del primo gruppo, 43 del secondo, 19 del terzo.

Da tali osservazioni emerge che il carattere della curva non è d'accordo con lo stadio della malattia; inoltre in circa il 31,9 % dei casi la curva era di tre o più, e quindi a tipo luetico o paretico; nel 68,1 % era meno di tre.

Prova della tolleranza del levulosio. Fu somministrato il levulosio e controllata la curva glicemica col metodo di Hagedorn. In un normale l'ingestione di 50 gr. di levulosio non deve provocare un aumento della glicemia superiore a 30 mgr.; un aumento maggiore è in rapporto con una disfunzione epatica.

Tale prova saggiata in 28 casi, ha presentato un aumento della glicemia di 30 mgr. solo in 6 casi, con una percentuale di circa il 21,9 % di positività.

Determinazione del pH nelle culture. Si sa l'importanza data alla modificazione del pH del terreno di cultura in casi di sclerosi disseminata con reperto positivo.

Tale esame fu fatto con diversi metodi, ma prima furono considerate quelle condizioni che di per sè possono avere una influenza sul valore del pH. Infatti nello stesso siero normale il pH è differente prima e dopo la filtrazione attraverso un filtro o candela. Inoltre il pH del siero e del brodo di Hartley (terreno di cultura per la spherula insularis) isolatamente è diverso; la loro unione dà luogo ad un diverso pH. Per evitare un errore che avrebbe inficiato i risultati, la composizione siero-brodo fu portata ad un costante pH mercè aggiunta di acido o alcale decinormale.

Inoltre il valore del pH del siero-brodo varia dopo un periodo di giorni, probabilmente per la dissociazione del CO_2.

Furono anche fatte ricerche sul comportamento del pH nel brodo-siero con aggiunta di liquido c. r. di soggetti normali o sofferenti di altre malattie che la sclerosi disseminata. Anche in questi casi è stato notato che il pH del siero-brodo varia con l'aggiunta del liquido c. r. e col tempo che passa, nel senso di aumentare l'alcalinità.

Passando ad esaminare il valore del pH delle culture con liquido c r. di sclerosi disseminata si ha lo stesso comportamento, con aumento del pH, e quindi con maggiore alcalinità delle culture, ciò in opposizione alla maggiore acidità affermata dalla Chevassut.

In conclusione la determinazione del pH del brodo-siero, e del liquido cerebrospinale normale, del brodo-siero e liquido c. r. di sclerosi disseminata mostra un cambiamento verso l'alcalinità in ogni caso; questa modificazione è dovuta ad una perdita di CO_2.

Esame microscopico delle culture.

Furono allestite culture di liquido c. r. di sclerosi disseminata secondo la tecnica della Chevassut; ma non fu trovato mai in 94 culture le caratteristiche spherule descritte.

Tutte queste ricerche metterebbero in dubbio le affermazioni della Chevassut e collaboratori sulla presenza di un virus, così detto spherula insularis, nelle culture del liquido c. r. di sclerosi disseminata. L. CARUSI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

A. M. VALSALVA. *Trattato dell'orecchio umano.* (N. 1 Collana del « Valsalva »), trad. del prof. V. MANGANO. Vol. in-8° di pag. 145 e 10 tav. fuori testo. L. Pozzi, Roma, 1931. L. 25.

Con questo 1° volume si è iniziata, sotto la direzione del prof. Bilancioni, vero mecenate appassionato e cultore profondo dell'otorinolaringoiatria, la pubblicazione della « *Collana del Valsalva* ». Essa risulterà di una serie di lavori monografici, anche su argomenti circoscritti, riguardanti l'anatomia macro- e microscopica, umana e comparata, normale e patologica, la fisiologia, la patologia e la clinica, la profilassi e la terapia nel campo della moderna otorinolaringologia, compresa la fonetica biologica e la storia della specialità.

La Collana non poteva avere inizio più felice che presentando ai lettori la traduzione del *De aure humana*, la magistrale opera di Valsalva, che costò al grande anatomico ben 16 anni di lavoro e che Egli dedicò al Senato bolognese, quando, dopo essere stato incisiore pubblico di notomia, ascese, nel 1704, all'ufficio di lettore nell'Università Felsinea. In quest'opera Valsalva manifestò tutte le sue caratteristiche: logica impeccabile, ferma ponderazione nel concepire e nel considerare la realtà, insuperabile chiarezza nelle dimostrazioni, sì che giustamente il prof. Bilancioni nel Proemio, afferma che Egli ha compiuto per l'orecchio quanto Newton ha fatto per l'occhio.

Il libro è diviso in due parti: una *anatomica* e una *fisiologica*, ognuna suddivisa in tre capitoli, perchè l'A. si attiene per la prima volta alla divisione in tre parti dell'orecchio (esterno, medio, interno).

Passare in rassegna anche sinteticamente quanto di meraviglioso è contenuto in queste pagine, è cosa impossibile. L'opera di Valsalva non solo può stare degnamente accanto a quella di Duverney, ma la supera per la ricchezza del contenuto, associata a brevità e precisione di eloquio. Essa comprende l'anatomia e fisiologia, molti spunti di patologia dell'organo dell'udito e contiene numerosi fatti nuovi, accanto a una chiara esposizione di quelli già noti.

Conscio il Valsalva che le *parti dell'orecchio non possono essere comprese esattamente per via di una descrizione, anche la più ampia e minuziosa*, ma che per un'esatta interpretazione meglio riescono i disegni, riunì in dieci ricche tavole, tutto quello che preso dal vivo, nell'orecchio umano era utile e possibile disegnare. Tali tavole, riprodotte in modo mirabile, sono allegate a questa traduzione, che pertanto è anche riuscita degna dell'ormai noto benemerito editore Pozzi.

Emilio De Rossi ebbe a dire che « ogni medico italiano dovrebbe almeno aver letto il *De aure* » e dopo ciò, noi crediamo che qualsiasi altra parola di presentazione sia superflua.

A. P.

W. ALEXANDER V. K. KRONE. *Therapeutisches Taschenbuch der Nervenkrankheiten.* III^a Edizione. Vol. di 224 pag. Edit. Thieme. Fischer-Kornfeld, Lipsia, 1931.

In breve sintesi è ordinato tutto quanto possa riguardare la terapia delle affezioni del sistema nervoso. Di ogni malattia è fatto un breve cenno di profilassi, vi è qualche dato più importante di diagnosi differenziale e per esteso i mezzi terapeutici proposti e in uso con l'indicazione degli effetti che si possono ottenere.

Il formato del libro e la disposizione della materia consente una consultazione rapida e precisa.

P. VALDONI.

A. FRANCHETTI. *Appunti di legislazione per gli Ufficiali sanitari.* Un vol. in-16° di 200 pag. L. Pozzi, ed. Roma, 1931. Prezzo L. 12.

I lettori del « Policlinico » conoscono gli articoli che il prof. Franchetti veniva pubblicando nel nostro giornale e che illustravano l'intricato argomento delle disposizioni di legge riguardanti l'attività dell'Ufficiale sanitario. Specialmente in questi ultimi anni, le aggiunte e le modificazioni delle precedenti disposizioni sono state tali e tante che è difficile, anche a chi segua abbastanza da vicino questo movimento, l'avere sicure cognizioni in proposito.

Molto opportunamente tali articoli appaiono ora riuniti in un volume e disposti sistematicamente, seguendo l'ordine dei capitoli del Testo Unico delle leggi sanitarie, incominciando con il concetto della figura giuridica dell'Ufficiale sanitario e con le prescrizioni sulla vigilanza delle professioni sanitarie e proseguendo con l'igiene del suolo e dell'abitato, la vigilanza degli alimenti e bevande, la difesa contro le malattie infettive e sociali, la polizia mortuaria.

L'A., nella sua posizione di medico provinciale presso la Direzione generale di sanità pubblica, si trovava nelle migliori condizioni per assolvere il compito propostosi e lo ha fatto in modo da offrire un'ottima guida per l'Ufficiale sanitario, il quale anche non avendo a disposizione i testi integrali di tutte le leggi, troverà in questo libro un fido consigliere per la pratica quotidiana.

fil.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Accademia Lancisiana di Roma.

Seduta del 20 marzo 1931.

Presidenza: On. Prof. ERMANNO FIORETTI.

Le sierodiagnosi di Widal negative nel tifo e loro riattivazione.

Dott. G. ROSARIO. — L'O., basandosi su principi generali e dimostrati di immunologia e proteinoterapia, ha esperimentato su 5 ammalati di tifo e su 1 di paratifo B con sierodiagnosi negativa in un periodo molto inoltrato della malattia, l'iniezione di latte sterilizzato come attivatore della agglutinazione. La positività dei risultati insieme a quelli negativi avuti su 24 controlli eseguiti in infermi non tifosi e la estrema semplicità ed innocuità del metodo, lo inducono a consigliare e diffondere il metodo la cui utilità può essere anche grande.

Pneumotorace spontaneo nel corso di trattamento collassoterapico bilaterale.

Dott. G. LUZZATTO-FEGIZ. — Un'inferma in cura di pneumotorace bilaterale simultaneo presentò poco dopo un rifornimento i segni di perforazione pleuro-polmonare con fenomeni acuti di anossiemia che resero necessaria l'estrazione d'aria d'ambo i lati. La fistola polmonare prodotta con ogni probabilità dalla punta dell'ago si chiuse rapidamente di modo che il bilaterale potè essere regolarmente continuato.

Sulla scorta di numerosi casi analoghi pubblicati recentemente nella letteratura medica, l'O. studia la patogenesi del fenomeno che sarebbe particolarmente frequente nel pnx bilaterale, pur rivestendo in genere una certa benignità.

Contributo alla conoscenza delle lussazioni perilunari della mano.

Dott. G. TANCREDI. — Ricordando rapidamente le conoscenze fondamentali di patologia relative alla lesione, l'O. dimostra come la distribuzione e la diversa resistenza dei legamenti articolari che riuniscono le varie ossa del carpo tra loro e con le epifisi distali del radio e dell'ulna creino delle condizioni anatomiche particolari predisponenti alla lussazione perilunare che è la più frequente nell'ambito del polso: e nella serie delle lesioni traumatiche del carpo segue per frequenza immediatamente le fratture dello scafoide. Egli mette in evidenza come seconda causa predisponente alle lussazioni perilunari una anomalia abbastanza frequente sulla quale è stata recentemente richiamata l'attenzione da Schnek consistente in una maggiore ampiezza e in una maggiore obliquità in basso e in dietro del piano articolare distale del radio; elemento che rende possibile un più facile scivolamento del semilunare verso la faccia volare del polso.

Analizzando il succedersi degli spostamenti delle ossa carpali nei due meccanismi principali di produzione della lesione: la flessione forzata e l'estensione forzata della mano, l'O. illustra la serie delle interruzioni legamentose e delle possibili fratture ossee associate che si determinano per la violenza traumatizzante in occasione della lussazione perilunare; ed infine esamina le eventualità anatomo-patologiche possibili. Dimostra con modelli in gesso l'aspetto dei polsi nei quali esistono lussazioni perilunari e completa la descrizione della sintomatologia clinica, ricordando specialmente i continui disturbi da compressione del nervo mediano: accenna ai successivi spostamenti che subisce il semilunare nelle lussazioni non ridotte: descrive il metodo di riduzione incruenta che deve essere fatta il più presto possibile e che riesce sempre che si abbia cura di esercitare una sufficiente trazione sulla mano, per vincere l'azione dei legamenti collaterali del polso e aprire così una via abbastanza ampia per il ritorno del semilunare nella sua sede normale.

Osserva come le riduzioni tardive in casi di lussazione inveterata siano sempre da tentare, ricorrendo perfino al dispositivo di Böhler per la trazione a vite, che consente di ottenere una cospicua distrazione e di superare la resistenza opposta dalla retrazione secondaria dei legamenti collaterali del polso. Segue la dimostrazione del materiale fotografico e radiografico di due casi clinici: uno di lussazione perilunare pura, l'altro di lussazione transnaviculo-perilunare, osservati a parecchi mesi di distanza dal trauma nei quali le lesioni non furono riconosciute in primo tempo, con grave pregiudizio della funzione della mano e nei quali le profonde alterazioni indotte dall'artrite deformante post-traumatica hanno reso impossibile una riduzione tardiva, tanto che nel primo la terapia si ridusse all'asportazione del semilunare con la tecnica proposta da Hirsch per eliminare i disturbi da compressione del nervo mediano; e nel secondo per l'assenza di fenomeni da compressione si limitò alle comuni applicazioni medico-meccaniche. L'O. si augura che questi contributi clinici e radiografici siano sopratutto presi in considerazione dai sanitari specializzati in medicina infortunistica, per i quali talune incertezze diagnostiche implicano una gravissima responsabilità.

Sul trattamento della mola vescicolare.

Prof. R. BOMPIANI. — L'O. afferma che la presunta benignità della mola è un luogo comune affermato dagli ostetrici del passato e tramandata nei trattati. La mola vescicolare dà una mortalità immediata che si aggira intorno al 15 %; una morbilità che va dal 30 al 40 % a seconda delle statistiche. C'è poi da tener presente che non meno del 20 % delle donne affette da mola va incontro come successione morbosa al corionepitelioma. Perciò la condotta aspettante non ha ragione di essere.

L'O. ritiene che nelle donne che hanno passato i 40 anni, specie se pluripare, appunto in vista della eventualità del corionepitelioma, sia opportuno procedere all'isterectomia e così nei casi di emorragia grave, o di anemia a tipo emolitico, od ancora quando altre complicazioni morbose quali nefropatie o cardiopatie sconsiglino un'ulteriore gravidanza; nelle primipare, specie le giovanissime, ritiene doverosa l'isterectomia anteriore, eseguita per via addominale, la quale permette un più completo allontanamento dei residui molari, conservando al tempo stesso alla donna la sua fecondità; nelle altre donne lo svuotamento per via vaginale. In questi casi si impone a scopo profilattico, la reazione di Ascheim a distanza di tempo, la quale permette di svelare il corionepitelioma all'inizio e procedere in tempo utile all'intervento demolitivo.

Su un nuovo procedimento profilattico contro i disturbi da rachianestesia.

Prof. A. VITALE. — L'O. illustra un nuovo procedimento profilattico contro i disturbi immediati, e tardivi, gravi e lievi, che assai frequentemente sono causati dalla rachianestesia. Il metodo ideato dal ginecologo di Bucarest C. Daniel per il trattamento di quei casi di emicrania così detta ovarica, ed eseguito poi dal predetto anche nelle operazioni ginecologiche, è stato dall'autore esteso a tutti gli interventi chirurgici eseguiti nella R. Clinica chirurgica di Roma, nei quali era particolarmente indicata, quale via anestetica; quella rachidea. Il metodo consiste nella reiniezione endovenosa, eseguita immediatamente prima dell'inizio dell'atto operativo, di 10 cmc. di liquido cefalo-rachidiano che si estrae prima di iniettare la sostanza anestetica nello speco vertebrale. L'impiego del metodo è stato effettuato dall'A. su 220 rachianestetizzati per interventi chirurgici vari, eseguiti nella gran maggioranza, dal prof. Alessandri. Dal confronto con un numero eguale (220) di rachianestesie per interventi chirurgici anch'essi vari, ma in cui il trattamento profilattico non era stato eseguito, risulta la grande utilità del metodo stesso, il quale determinerebbe una desensibilizzazione dell'organismo.

Seduta del 30 marzo.

Trattamento del diabete con sostanze proteiche.

Il prof. SINGER tiene una conferenza sul suo metodo di trattamento del diabete con corpi proteici.

Da sette anni, tratta quasi la maggior parte dei casi di diabete con iniezioni parenteriche di materie albuminoidi che hanno un'azione dolce e non provocano nè febbre nè altro malessere. Egli descrive la tecnica del suo procedimento che consiste in una dieta speciale, contenente tutti i tre alimenti, cominciando con una quantità ristretta. Le iniezioni son fatte due o tre volte la settimana; cominciano con piccole dosi, che vanno aumentando progressivamente fino alle più alte concentrazioni. Secondo le ricerche teoriche e le esperienze pratiche questa forma di somministrazione ha il potere di fare scomparire lo zucchero nelle urine, di diminuire notevolmente sino al normale la glicemia del sangue, di migliorare e di riconfortare lo stato generale dei malati, aumentando in una maniera durevole la tolleranza per gli idrati di carbonio. Con numerose proiezioni l'O. illustra gli effetti del trattamento in un numero di malati specifici.

Circa il 50 % dei malati hanno raggiunto un miglioramento sensibile del loro stato, mentre la cifra dei risultati positivi è quasi dell'80 %. Ciò che bisogna rilevare nei risultati osservati è la persistenza del miglioramento, assolutamente differente dai risultati ottenuti con l'insulina che, una volta sospesa fa ricadere i malati nel loro stato primitivo.

Il buon effetto del metodo si mostra particolarmente nel trattamento delle complicazioni del diabete. La foruncolosi, il favo, le cancrene umide e secche guariscono sotto la somministrazione dei corpi proteici in una maniera conservativa: una gran parte senza nessun intervento chirurgico, in una maggioranza di casi controllati dai chirurgi, sono state sufficienti delle piccole operazioni.

L'amputazione dei membri, spesso inevitabile e molto spesso pericolosissima è divenuta ora eccezionalmente rara. In casi di necessità l'intervento chirurgico può essere fatto senza l'aiuto dell'insulina come una serie di operazioni di cateratta lo dimostra. Il procedimento agisce favorevolmente sull'adiposità, casi frequentemente combinati col diabete. Tutte le ricerche dimostrano che si tratta dunque di un'alterazione e trasformazione locale dei tessuti e di un'insufficienza delle funzioni ossido-riduttive cellulari, che vengono intensificate ed accelerate.

L'azione di questo metodo, descritto minutamente in un libro (*Die Reizkörperbehandlung*, Wien-Berlin, Urban e Schwarzenberg), si mostra in una trasformazione omnicellulare, come il diabete secondo gli studi del prof. Singer non è causato solo dai disturbi del pancreas, ma è piuttosto un complesso patologico sotto forme differenti e sopratutto che si basa su una certa costituzione innata o ereditaria. Ecco un'altra ragione per combattere il trattamento obbligatorio dell'insulina, inutile e qualche volta non adatto ai malati. Il trattamento è educativo, mentre gli effetti dell'insulina sono immediati, l'azione della proteinoterapia è lunga, progressiva e produce risultati durevoli, senza abituare i malati al trattamento con un determinato regime. L'O. tratta la maggior parte dei diabetici con questo metodo; riservando l'insulina ai casi di coma e al diabete giovanile.

L'insulina somministrata in una maniera cronica, abitua l'organismo a questo rimedio e diminuisce le forze assimilatrici.

A. D'AVACK.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 20 marzo 1931.

Presidente: Prof. A. FERRATA.

Sull'influenza del sistema nervoso nei processi rigenerativi.

A. BASERGA. — L'O. amputa nei tritoni l'arto posteriore a vari livelli, dopo asportazioni variamente combinate dei gangli spinali del plesso lombo-sacrale.

Egli ammette dei rapporti fra le varie radici e i processi rigenerativi nei vari segmenti dell'arto. Però il fatto da lui osservato che si abbia rigenerazione completa anche in assenza dei nervi di una parte dell'arto, lo porta a escludere che — a rigenerazione iniziata — la differenziazione morfologica delle singole parti del rigenerato sia specificamente legata all'innervazione segmentale locale.

Di una non comune manifestazione a tipo difterico al glande in un bambino.

Dottori P. MOLTENI e R. CASAZZA. — Dopo aver ricordati brevemente i rari casi di localizzazioni del bac. difterico ai genitali maschili descritte nella letteratura, gli OO. riportano l'osservazione di un bambino presentante manifestazioni alla gola ed al glande a tipo difterico per sintomatologia e decorso. Durante le ricerche collaterali fu isolato un bacillo avente il comportamento culturale del bac. di Löffler, ma che si differenziava nettamente da questo per alcuni caratteri (apa-

togenicità, Gram-negatività). Gli OO., dopo discussione, concludono trattarsi di uno pseudodifterico accidentalmente coltivato. Resta tuttavia più che probabile la natura difterica del processo morboso osservato.

Una varietà rara della litiasi biliare: i calcoli pigmentari.

E. Gioja. — Intervenendo in una donna di 57 anni, da tempo sofferente di stitichezza cronica con dispepsia gastrica, e da alcuni mesi anche di coliche biliari, trovò nella colecisti 6 calcoli moriformi, nerissimi, assai friabili, che all'esame chimico risultarono composti di biliverdina, bilirubina e tracce di calcio e sodio. Fu fatta la colecistectomia, e, nella stessa seduta l'appendicectomia, la cecoliberazione e la cecoplicazio, essendosi riscontrati segni di appendicite cronica, e di peritiflite membranosa, con ectasia del ceco. La malata guarì, e, da notizie avute circa un anno dopo l'intervento, stava ancora bene.

La parete della cistifellea estirpata non si presentava ispessita, ma l'epitelio della sua mucosa era per larghi tratti caduto. Insieme ai calcoli vi era contenuta della bile assai vischiosa, e di colore quasi nero.

L'O. svolge considerazioni sulla patogenesi dei calcoli pigmentari, e sulla loro frequenza nelle varie razze.

Evoluzione maligna in morbo di Recklinghausen (neurofibromatosi).

E. Gioja. — Riassunte le attuali nozioni sulla natura e sulla genesi di questa malattia, e sulle sue non rare associazioni morbose con l'acromegalia, il nanismo, la siringomielia, il neuroma plessiforme, ecc., l'O. si sofferma in modo particolare sulla evoluzione maligna che in una certa percentuale di casi complica il decorso, del rimanente per lo più cronico e benigno, di questa malattia. L'evoluzione maligna può avvenire:

a) per trasformazione sarcomatosa di alcuno dei tumori cutanei o sottocutanei;

b) per trasformazione sarcomatosa dei nodi, a carico di qualche tronco nervoso, più frequentemente dello sciatico. Sono stati anche descritti casi, in cui tutte le alterazioni si sarebbero presentate sin da principio col quadro istologico di un fibrosarcoma, e il cui decorso avrebbe confermato il carattere maligno delle alterazioni stesse (neurofibrosarcomatosi).

Espone quindi un caso da lui osservato, di neurofibromatosi in una ragazza di 15 anni, nella quale si ebbe sviluppo di un voluminoso fibromixosarcoma a carico della parte alta dello sciatico sinistro, che presentavasi in tutto il suo decorso sede di caratteristiche lesioni neurofibromatose. Il tumore venne estirpato con tutto lo sciatico e con le principali diramazioni di esso, ma recidivò dopo dieci mesi, sul moncone dello sciatico, a livello della sezione di questo poco sotto l'incisura ischiatica. Si estirparono, in questo secondo intervento, due grossi tumori, con caratteri istologici identici a quelli del tumore primitivo.

Dopo quattro mesi, nuova recidiva con invasione di tutta la coscia e morte per cachessia. La deambulazione, dopo l'estirpazione dell'intero sciatico, poteva compiersi abbastanza bene, col solo ausilio di un apparecchio tutore destinato a mantenere il piede ad angolo retto sulla gamba. Non comparvero segni di distrofia a carico delle zone paralitiche.

L'O. raccoglie altresì tutta la bibliografia sull'argomento, dal 1920 al 1930.

Osservazioni sugli effetti della splenectomia nei ratti.

D. Barbieri. — L'O. riferisce i risultati di una serie di esperienze sulla splenectomia nei ratti albini. Quasi tutti gli animali operati vennero a morte e presentarono un complesso di sintomi molto simile a quello descritto dagli AA. come anemia da Bartonella senza i caratteristici reperti nei globuli rossi.

Dalle culture del sangue si ottenne costantemente lo sviluppo di un bacillo del tipo delle Pasteurelle (probabilmente il Bac. muris septicus) che si dimostrò patogeno per il ratto.

Il Segretario: P. Introzzi.

Associazione Medica Triestina.

Circolo di Coltura del Sind. Fascista Medici.

Riunione scientifica del 30 gennaio 1931.

Presidente: Prof. O. Oblath.

Endocardite lenta in bambini.

Prof. Paolo Iacchia. — Premesse notizie cliniche e statistiche sulle endocarditi lente in bambini sotto i 14 anni di età, l'O. riferisce di un caso, seguito sin dall'inizio, dove la endocardite da streptococcus viridans ebbe una durata complessiva di tre anni e cinque mesi, con alternative di apparente benessere e di degenze febbrili di mesi. In una bambina che a 5 anni ebbe una endocardite reumatica con conseguente insufficienza e stenosi mitralica si iniziò dopo sette mesi una endocardite settica e comparvero nel decorso noduli di Osler, embolie nella milza, nei polmoni e ripetute cerebrali, di cui una con emiparalisi completa. La morte subentrò dopo tre anni e mezzo dai primi sintomi settici. L'O. fa rilevare la insorgenza in giovanissima età e la eccezionale lunga durata del morbo.

Broncografie a chiarimento e commento di casi clinici.

Prof. Paolo Iacchia. — L'O. che già nella stessa sede ebbe in passato a presentare casi propri studiati con radiografie con oli jodati quali mezzi di contrasto, riferisce di ulteriori 4 casi dove con tale metodo fu chiarita la diagnosi. Riassume le storie cliniche di tre casi di bronchiettasie, fra cui una forma assolutamente iniziale ed una di un caso gravissimo con notevoli alterazioni anche nei due bronchi principali ed illustra le alterazioni degli alberi bronchiali, confrontando le radiografie normali con le contrastate. L'O. presenta poi un caso di atelettasia quasi totale da compressione del lobo inferiore sinistro, postumo di frattura della II e III costa avvenuta 13 anni fa. Solo con la broncografia si potè diagnosticare che il lobo polmonare inferiore, compresso da grande massa di tessuto organizzato, residuo di copioso emotorace traumatico, era ridotto a un piccolo moncone paravertebrale.

Intervenne nella discussione il prof. Giulio Grandi.

Il Segretario: Dott. L. Winternitz.

Società Medico-Chirurgica Bresciana.

Seduta del 24 febbraio 1931.

Presidente: prof. BARATOZZI.

Isterectomia precesarea in travaglio di parto a termine con successo materno e fetale.

Prof. G. DOSSENA. — L'intervento fu eseguito in una terzipara con bacino impervio (già due volte cesarizzata) per infezione del liquido amniotico (temp. 38°,8, polso 120). Il feto, data la rapidità con cui si asportò l'utero, fu estratto vivo e spontaneamente si mise a vagire senza alcun ausilio di rianimazione. Decorso post-operatorio ottimo con abbandono del letto in dodicesima giornata.

L'O. si sofferma su alcuni particolari di tecnica; giudica tale operazione un intervento di assoluta eccezione, ma ritiene che esso, in casi come il suo, in cui si è costretti a praticare la cesarea con grave infezione in atto del contenuto uterino, per i risultati mediati ed immediati sia da preferirsi alla Porro e alla Portes. Le *chances* fetali sono affidate alla rapidità con cui si esegue l'atto operatorio.

Sbocco anomalo degli ureteri nell'uretra prostatica.

Dott. P. SALVINI. — L'O. espone un caso personale scoperto casualmente in un soggetto di 49 anni nel compiergli una uretroscopia posteriore con Mac-Carthy.

Il dott. E. FIORI espone *un parallelo semeiologico tra la diagnosi radiologica e la diagnosi clinica della tubercolosi polmonare cronica.* L'argomento viene continuato nella seduta successiva.

Seduta del 3 marzo 1931.

Presidente: prof. BARATOZZI.

Sulla diagnostica dei tumori del lobo frontale.

Prof. M. FIAMBERTI. — L'O. avendo potuto seguire diversi casi di lesioni dei lobi frontali, tra cui alcuni di tumore, dopo avere illustrato i sintomi più importanti riferibili a lesioni dei lobi frontali viene alle seguenti conclusioni:

1) esiste una sindrome particolare nei tumori frontali costituita da sintomi di tipo neurologico e di tipo psichico;

2) tale sindrome può talora presentarsi incompleta e qualche rara volta, per cause particolari apparire mancante o mascherata da turbe di altra natura (ipertensione, intossicazione cerebrale da tumore, ecc.);

3) per la valutazione dei sintomi in rapporto alla diagnosi di sede si può opportunamente riferirsi alla fisiopatologia della zona frontale la quale non è da considerarsi « muta » ma con funzioni sue proprie;

4) circa i disturbi mentali, lasciando in disparte il concetto di *centro* in senso ristretto, si deve tener presente che il *difetto di sintesi* rappresenta l'elemento più importante nelle lesioni frontali, le quali apportano altresì alterazioni spesso profonde delle altre elevate funzioni intellettuali (inibizione, senso morale, ecc.);

5) non è possibile affermare tuttavia che esistano segni patognomonici, nè psichici, nè neurologici, di tumore dei lobi frontali, poichè singoli sintomi ritenuti caratteristici possono essere provocati attraverso un meccanismo patogenetico differente. Converrà perciò giudicare la sindrome nel suo complesso;

6) non sono da trascurare i più recenti sussidi diagnostici quali i reperti encefalografici, che tuttavia devono sempre essere valutati caso per caso, poichè anche in questo campo non esistono reperti assolutamente decisivi.

Il dott. C. ROSSETTI riferisce i risultati negativi di alcune sue esperienze *sulla trasmissione della malaria agli animali.*

Il dott. C. ROSSETTI tratta dell'*azione esercitata dagli ipocloriti sui germi in sospensione nell'acqua mediante agitazione violenta.*

Seduta del 17 marzo 1931.

Presidente: Prof. BARATOZZI.

Dott. ETTORE PANCOTTO. — Svolge il tema: *L'indagine necropsica e biopsica per lo studio del problema del cancro. Deduzioni tratte dall'esame del materiale osservato durante un primo biennio nell'Istituto « Golgi » di Brescia.*

Sopra alcuni casi di paraplegia in corso di influenza.

Prof. UGO BARATOZZI. — L'O. riferisce sopra due casi, nei quali durante il decorso di una influenza comparve paraplegia inferiore con abolizione dei riflessi tendinei, conservazione dei riflessi addominali e disordini vescicali. In uno dei malati la puntura lombare diede esito a liquido contenente circa l'1 ‰ di albumina, con linfocitosi discreta e reazione di Pandy positiva.

Ambedue i malati guarirono in pochi giorni con restituzione ad integrum della forza muscolare dei riflessi e delle funzioni vescicali.

L'O. rileva che simili casi non sono di comune osservazione nella pratica e devono interpretarsi come dovuti ad una fugace mielite trasversa congestizia da influenza.

Il Segretario: Prof. MARIO FIAMBERTI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

La costituzione nel morbo di Flajani-Basedow secondo Warthin.

Warthin ha esposto un'opinione prettamente contraria a quella fin'oggi accettata nei riguardi del m. di Graves (Flajani-Basedow). Egli ritiene che il disturbo della secrezione tiroidea non rappresenti il fattore primario patogeno della malattia, ma che la tiroide sia solo uno dei tanti organi colpiti secondariamente in un'anomalia costituzionale. Egli vide, su molte centinaia di casi, che esistono gozzi esoftalmici diagnosticati clinicamente, nei quali non si trovava neppure l'iperplasia linfoide tiroidea; in ricerche ulteriori fatte su 1000 tiroidi osservate all'autopsia notò che 94 casi di iperplasia tiroidea e 35 casi di gozzo esoftalmico erano associati al quadro della costituzione timolinfatica, di cui la presenza di follicoli linfatici nella tiroide sarebbe uno dei segni. Egli conclude che l'intervento sulla tiroide nel gozzo esoftalmico è inutile, perchè non modifica la costituzione generale.

Simpon è d'accordo col Warthin in queste affermazioni.

Altri autori notarono pure l'esistenza di linfociti e di follicoli linfatici nella tiroide, e Hacker pensa che ci sia un rapporto fra tiroide ed ovaio perchè questi elementi si trovano più facilmente nella tiroide di vecchie donne anemiche e grasse. Wegelin pensa a correlazioni fra tiroide e surrenali, perchè trovò questi stessi elementi nella tiroide di addisoniani.

Helwig (*Surgery, Gynecology and obstetrics*, gennaio 1931) studiarono 53 tiroidi asportate chirurgicamente e 7 coll'autopsia.

Su 14 casi di gozzo esoftalmico videro solo nel 71,4 % iperplasia linfoide nella tiroide. Inoltre nei casi di gozzo senza fenomeni tireotossici ebbero nel 38,5 % infiltrazioni leucocitarie della tiroide.

L'A. ritiene che l'infiltrazione linfocitaria nel gozzo esoftalmico sia dovuta ad iperplasia ed ipersecrezione patologiche della tiroide stessa. Egli vide due volte sole morte improvvisa in individui che presentavano i segni anatomici della costituzione timolinfatica ma non avevano tessuto linfoide nella ghiandola tiroidea. L'A. è quindi d'accordo con Simmonds v. Werdt e Wegelin sul rigettare le idee di Warthin. R. LUSENA.

Trattamento della malattia di Basedow e dell'ipertiroidismo con il fluoro.

L. Goldmberg (*Journal des praticiens*, 13 dicembre 1930) nel 1928 studiò per la prima volta il trattamento dell'ipertiroidismo a metabolismo basale elevato con il fluoruro di sodio, impiegando questa sostanza in soluzione acquosa al 2 % per via buccale, in un po' di latte, alla dose da 10 a 50 gocce quattro volte al giorno, cioè alla dose di gr. 0,04 a gr. 0,20 di FlNa. La maggior parte dei malati però presentarono dei fatti d'intolleranza da parte dell'apparato digerente.

L'A. ricorse allora alle iniezioni endovenose di fluoruro di sodio e, dopo successivi assaggi, è arrivato ad iniettare delle dosi fino a 0,25-0,35 gr. per iniezione senza la minima reazione e con una tolleranza perfetta dell'organismo e delle vene, che restano permeabili. Quando la dose di FlNa endovenoso raggiunge od oltrepassa i gr. 0,10 per iniezione, qualunque sia la concentrazione impiegata, i malati lamentano, 5-10 minuti dopo l'iniezione, un dolore assai intenso con sensazione di crampo nella regione lombare o nell'addome; esso sparisce completamente dopo 5-10 minuti, senza lasciare alcun disturbo fino alla iniezione seguente. Nei malati che ricevettero nelle vene giornalmente, o a giorni alterni, una dose di FlNa superiore a gr. 0,10 per iniezione, dopo 10-15 giorni comparve una poliuria intensa di 4-5 litri di urina al giorno, con sete assai intensa nicturia e pollachiuria; mai però fu osservata albuminuria o glicosuria.

Questa specie di diabete insipido da fluoruro sparì rapidamente due o tre giorni dopo la cessazione delle iniezioni o dopo avere fortemente abbassato la dose di ogni iniezione.

Il fluoruro di sodio per via endovenosa sembra essere meno efficace, terapeuticamente, che per via digestiva; ma poichè esso è mal sopportato dallo stomaco e dall'intestino, l'A. ha ultimamente adottato il fluoruro di ammonio, che è ben tollerato dalle vie digestive e che, adoperato in soluzione acquosa al 2 % alla dose da 10 a 25 gocce 4 volte al giorno, in un po' di latte, ha la stessa efficacia terapeutica del fluoruro di sodio per via buccale.

L'A., dallo studio di 7 casi così trattati, trae le conclusioni seguenti:

1) La fluoroterapia può migliorare ed anche guarire clinicamente i malati di gozzo esoftalmico grave nei quali sia fallita la iodoterapia e la radioterapia.

2) L'ipertiroidismo semplice può essere giustiziato rapidamente dalla fluoroterapia esclusiva specie per via buccale.

3) La fluoroterapia per via buccale è molto più attiva che per via endovenosa.

4) Nei casi di malattia di Basedow o di ipertiroidismo semplice, si comincerà il trattamento fluórico esclusivo con fluoruro di sodio per via buccale, e se l'ammalato presenta intolleranza gastro-intestinale, si ricorrerà al fluoruro di ammonio per via buccale, aggiungendo, in questo caso, delle iniezioni endovenose di FlNa in soluzione acquosa al 2 % e alla dose di 4-5 cc. per iniezione, a giorni alterni, in serie di 15 iniezioni, con intervalli di riposo di 15-20 giorni fra una serie e la se-

guente. La fluoroterapia deve essere continuata e prolungata per molti mesi, fino ad ottenere la normalizzazione del M. B. o una notevole caduta di esso.

5) Le iniezioni endovenose di fluoruro di sodio alle dosi indicate sono completamente innocue e possono essere utilizzate per combattere alcune malattie infettive facendo affidamento sul potere antisettico delle combinazioni del fluoro. C. TOSCANO.

L'ipotiroidismo.

L. M. Warfield (*Journ. amer. med. assoc.*, 11 ott. 1930) studiando le condizioni della regione dei Grandi Laghi agli Stati Uniti, viene alla conclusione che, nelle regioni gozzigene, è comune l'ipotiroidismo (non mixedematoso), di grado lieve o grave, che prende tutte le classi della popolazione, specialmente i lavoratori.

Fra i pazienti vi sono individui di peso normale oppure inferiore o superiore alla norma.

Il sintoma principale consiste nella sensazione di stanchezza non spiegabile altrimenti, un esaurimento fisico che spesso porta a stati neurastenici.

Altri sintomi frequenti sono la costipazione, la suscettibilità alle infezioni leggere, come la coriza, dolori vaghi e svariati e, nelle donne, mestruazioni profuse o scarse.

È altresì frequente una dolorabilità addominale generale, specialmente al colon ed alla fossa iliaca.

La diagnosi sicura non può essere fatta se non fondandosi sul basso metabolismo basale, in quanto che nessuno dei segni o dei sintomi può considerarsi come patognomonico.

La diagnosi differenziale deve essere fatta da altre malattie endocrine, specialmente da quella dei surreni, del lobo posteriore della pituitaria, dell'ovaio e con alcune malattie croniche (tubercolosi occulta od incipiente, diabete, nefrite cronica, anemia perniciosa ed altre malattie del sangue).

I dolori reumatoidi e le cefalee del tipo emicranico possono essere dovuti ad insufficienza tiroidea.

L'estratto tiroideo può soltanto rendere normali le condizioni di nutrizione dell'organismo e non deve mai essere somministrato allo scopo di ridurre il peso in individui con tiroide normalmente funzionante. *fil.*

Contributo alla clinica della cachessia ipofisaria.

Il quadro classico della cachessia ipofisaria è raro, osservano Bohmheim e Heimann (*Deutsche med. Wochenschrift.* n. 43, 1930). Esso è caratterizzato da una estrema magrezza quale la si osserva di solito solo nella tubercolosi gravissima e nei carcinomi del tubo digerente, da debolezza progressiva con torpore psichico, pallore e secchezza della cute, caduta dei capelli e denti, ipotermia, senso di freddo, assenza di mestruazione, disturbi gastrici e intestinali, bassa pressione, diminuzione del ricambio basale di eosinofilia.

Frequenti sono invece le forme fruste, in cui i pazienti si lagnano di dimagrimento, forti cefalee e disturbi mestruali. Il dimagramento non può venir spiegato da alcun altro reperto organico. La cefalea è spesso intollerabile permanente, viene definita per lo più come una pressione al disopra del naso o dietro agli occhi. La malattia si manifesta alle età più differenti: la paziente più giovane osservata dall'autore aveva 17 anni, e la più vecchia 45. Su 16 pazienti 13 erano donne e tre uomini. In tre casi esisteva eosinofilia. In molti casi si avevano sintomi gastro-intestinali, specialmente spasmi. L'esame radiologico della sella turcica era normale, tranne che in un solo caso. Il ricambio basale risultò normale in 11, diminuito in 4 casi; invece l'azione dinamico-specifica, risultò diminuita in 10 casi, normale in tre, aumentata in un caso.

La terapia si limita a cercare di attenuare le cefalee per mezzo di diatermia dell'ipofisi. Nè l'insulina, nè i preparati ovarici, riescono a modificare l'estrema magrezza.

R. POLLITZER.

Il diabete insipido.

Molte delle cause che provocano il diabete zuccherino (lesioni cerebrali, traumi, stati neuropatici, infezioni, quali la tubercolosi, la sifilide, la tifoide) si trovano anche all'origine del diabete insipido. Si osserva anche che le due malattie si alternano; la glicosuria del diabete zuccherino scompare mentre la poliuria rimane inalterata.

Le lesioni dell'ipofisi provocano entrambe le forme. Per tale ragione, la somministrazione del lobo posteriore dell'ipofisi è stata provata, e sembra con successo, nel diabete insipido, introducendolo per via orale, nasale, sottocutanea a dosi di cg. 15-20 al giorno. L'effetto, però, non è durevole.

Choay (*Journ. des praticiens*, 28 febbraio 1931) ha trovato notevoli vantaggi nei bambini con l'introduzione per via nasale; le controindicazioni sono di ordine locale: malformazioni nasali, deviazioni, ipertrofia, infezioni, quali la rinorrea e l'ozena. La dose è di quattro a sei prese al giorno, di cg. 1 a 5 per l'adulto che elimina 10-20 litri di orina.

Prima del trattamento, si faranno due prove, l'una per assicurarsi che l'individuo reagisce bene all'ipofisi, l'altra che non abbia affezioni nasali.

Conviene sempre moltiplicare e frazionare le dosi. Per una settimana ogni mese, il medicamento sarà sospeso per via nasale e lo si darà per iniezioni.

Anche la valeriana può dare buoni risultati; si somministra la polvere (cg. 30) con il bromuro di canfora (cg. 5) facendo prendere una di queste cartine prima dei tre pasti, per 10 giorni di seguito. Per i 10 giorni seguenti,

si darà l'arseniato di sodio con codeina (ana mg. due), in pillola, se ne dà una prima del pasto del mezzogiorno e della sera.

Si consiglierà un'alimentazione analoga a quella del diabete zuccherino, ma meno severa per quanto riguarda gli amilacei.

fil.

Sul diabete insipido da trauma cranico.

G. I. Bianchetti (*Arch. It. di Chir.*, fasc. 2) riferisce un caso di diabete insipido consecutivo a trauma cranico grave, con frattura del frontale, irradiata fino alla sella turcica.

L'A. riporta le varie ipotesi patogenetiche formulate dai diversi autori e pensa che nel suo caso il diabete insipido sia da riportarsi a lesione dell'apparato neuroipofisario e più particolarmente dell'infundibulo, consecutiva ad ematoma sottodurale prodottosi per frattura della base cranica.

L'affezione guarì dopo circa due mesi.

G. MATRONOLA.

La questione del diabete traumatico dopo lesioni del sistema nervoso centrale.

Woll (*Med. Klin.*, 48, 1930) ricorda che l'esistenza di centri regolatori del ricambio idrocarbonato — oggi ammessa — non è però sostenuta che da rarissime osservazioni cliniche.

Anche le lesioni traumatiche del pancreas e gli strapazzi in genere (come nella guerra) sarebbero capaci di determinare secondo alcuni Autori, un diabete; ma V. Noorden non è di questa opinione.

L'A. porta a questo interessante problema il contributo di una sua osservazione clinica, in cui, dopo un trauma (ferita da scheggia di shrapnel) sul capo, comparve alla distanza di 7 anni diabete classico: in questo intervallo il paz. aveva sofferto ripetutamente di fenomeni nervosi diversi, imputabili al trauma.

Il paz. morì di tubercolosi: all'autopsia furono trovati residui della ferita (canale del proiettile attraverso il nucleo caudato sin nel III° ventricolo dove si trovò una piccola scheggia), una tubercolosi ulcerativa dei polmoni e un pancreas normale.

L'A. discute il caso e conclude dicendo che oggi non si può ammettere un rapporto diretto tra il trauma e il diabete, ma che si deve invocare piuttosto una preesistente latente predisposizione a questo disturbo del ricambio.

V. SERRA.

A proposito di un caso di diabete mellito trattato favorevolmente con la enervazione operatoria di una ghiandola surrenale.

In seguito al caso descritto sotto questo titolo dai dottori Simarro e Corachian, basandosi sul quale e su quello analogo del Donati i suddetti AA. avevano preconizzato una cura operatoria del diabete mellito. R. Carrasco Formiguerra pubblica nel num. di ottobre della *Revista Medica de Barcelona* una serrata critica del lavoro suddetto. Egli attacca i fondamenti sperimentali e clinici del metodo usato dagli autori, non riconoscendo come sicuro il forte antagonismo che si suole ammettere fra insulina e adrenalina, o fra pancreas e surrenale e sostenendo che ad ogni modo esso non giustifica un intervento di tale gravità su un soggetto umano.

Il valore clinico del caso non è poi tanto grande perchè è comune l'osservazione di diabetici in cui si abbia miglioramento spontaneo del morbo.

Quanto alla non pericolosità dell'operazione dovuta al fatto che la osservazione produce l'atrofia della porzione midollare dela capsula (Pende) mentre la funzione più importante, indispensabile alla vita, è affidata alla corticale, l'A. crede che i risultati sperimentali finora ottenuti non giustifichino tale ottimismo.

G. LA CAVA.

SEMEIOTICA.

L'eosinofilia nella scarlattina.

J. Chalier, G. Pallot e Roman-Monnier (*Jour. de Méd. de Lyon*, 5 giugno 1930) hanno studiato la formula leucocitaria nella scarlattina ed hanno osservato quanto segue:

1) leucocitosi costante (12.000-22.000);

2) polinucleosi neutrofila iniziale, transitoria e moderata;

3) diminuzione iniziale degli elementi mononucleati, quasi unicamente dei linfociti, mentre i medi monoucleari sono in quantità normale o maggiore;

4) eosinofilia dal 6 al 10 % in media; generalmente durante la fase d'invasione e di esantema; essa però non si esaurisce e la si è veduta persistere per almeno 25 giorni;

5) i caratteri dell'eosinofilia possono coadiuvare la diagnosi, specialmente con gli eritemi scarlattiniformi di origine sierica nei difterici; in questi ultimi, l'eosinofilia è incostante, meno accentuata e soprattutto transitoria.

fil.

Il quadro ematico striatale.

S'intende con tale nome un quadro ematico nel quale tutti i leucociti mieloidi sono diventati perossidasi-negativi, pur restando ossidasi-positivi, e fu descritto da A. Sato e R. Yoshimatsu come caratteristico nei casi di encefalite letargica acuta con oftalmoplegia.

Ulteriori studi ematologici di A. Sato e K. Tokuè (*The Tohoku Jour. of exp. med.*, vol. XVI, n. 1-2, 1930) hanno però dimostrato che non si tratta di un quadro assolutamente abnorme, avendolo riscontrato in maniera tipica nella caudina chilensis, nella quale appunto i leucociti sono ossidasi-positivi pur restando del tutto perossidasi-negativi.

M. FABERI.

Il problema della diagnosi nell'avvelenamento da ossido di carbonio.

Tale diagnosi può presentare delle difficoltà notevoli nei casi in cui l'intossicazione è decorsa non in modo acuto, bensì subacuto o addirittura cronico.

G. Guidi (*Diagnostica e tecnica di laboratorio*, n. 8, agosto 1930) fatta la critica dei metodi sin qui usati per svelare la sostanza tossica nel sangue, esalta la reazione di Coronedi, basata sul fatto che l'emoglobina, legata all'ossido di carbonio, forma una combinazione stabile che non può essere sciolta nemmeno con i più forti agenti riduttori, per cui solo il sangue non ossicarbonico subisce la reazione dovuta al reattivo, rivelantesi con le colorazioni caratteristiche e visibile anche, entro certi limiti, all'esame spettroscopico.

Tale prova, eseguita ai vari casi di sospettato avvelenamento da ossido di carbonio, ha dato all'A. resultati netti e costanti.

M. FABERI.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Natura e determinismo della xantocromia nel liquido cerebro-spinale.

Intorno al fenomeno della xantocromia del liquido cerebro-spinale scarse ricerche sono state compiute nel corso di un trentennio con l'intento di precisarne la natura, essendo per lo più ammessa ed accettata l'opinione che essa dipenda dell'emoglobina disciolta si nel liquor a causa di un versamento ematico subaracnoideo.

U. De Castro (*Arch. di Patol. e Clin. Med.* dicembre 1930) ha intrapreso una serie di ricerche per stabilire l'importanza del pigmento biliare per la genesi della xantocromia. A questo scopo si è servito della reazione diazoica secondo van den Bergh per la ricerca della bilirubina diretta e della stessa reazione modificata secondo un procedimento personale per la determinazione della bilirubina indiretta.

Dai risultati ottenuti l'A. trae le conclusioni seguenti.

La reazione diazoica si verifica in certi liquores xantocromici con caratteristiche che non lasciano alcun dubbio sulla sua specificità per la bilirubina; ma la reazione può assumere forme atipiche dovute ugualmente all'esistenza del pigmento biliare, perchè presenti in modo uguale nei sieri itterici e perchè talora precedute da reazioni tipiche. In qualche caso il colore azoico non compare; tuttavia si può pensare che la xantocromia possa derivare, anche in questi casi, dalla bilirubina che, per variazioni subite nelle sue proprietà fisico-chimiche sotto l'influenza del mezzo in cui si trova, ha perduto la sua attitudine a reagire al reattivo diazoico.

In un gruppo di 21 liquores la reazione diazoica si è presentata 16 volte positiva in forma diretta, cioè nel 76 % dei casi; in 3 liquores appartenenti a casi di emorragia meningea si è potuto stabilire l'esistenza di un tipo di bilirubina a reazione indiretta e vicina, anche per altre proprietà caratteristiche, al pigmento biliare dei sieri emolitici. Il tasso della bilirubina nel liquido è stato sempre molto basso, spesso indosabile, e mai superiore all'unità (1 unità = 0,5 %).

Circa il meccanismo che determina la comparsa del pigmento biliare nel liquido cefalorachidiano, l'A. ammette la possibilità di una bilirubinogenesi intrarachidea a base emolitica, quando si verifica un processo emorragico nelle meningi, e inoltre l'esistenza di rapporti fra il pigmento biliare del liquor e quello del sangue quando si verifica o può essere supposta un'alterazione della permeabilità della barriera emato-encefalica. In caso di ittero, il passaggio della bilirubina nel liquido cefalo-rachidiano sarebbe subordinato ad un insieme di agenti di cui le influenze variano in rapporto con l'intensità e la durata della colemia e talora anche da soggetto a soggetto. Questi agenti sarebbero principalmente rappresentati dal potere dializzante della bilirubina, dallo stato fisico-chimico con il quale essa passa nel plasma e dalla funzione di barriera che il sistema istiocitario esercita nei confronti del pigmento biliare libero del sangue.

Al contrario, quando le meningi sono lese da processi infiammatori o da cause meccaniche nocive, la modificazione della permeabilità meningea rispetto alla bilirubina trova nelle lesioni stesse la sua spiegazione più verosimile; ma anche in questi casi la xantocromia potrebbe avere un'origine locale, da processi emorragici intrarachidei concomitanti. C. TOSCANO.

VARIA.

L'esercizio delle medicina in Germania.

Uno Stato che regolamenta tutto, quale è la Germania, ha trascurato fin'ora di regolamentare la professione medica.

L'esercizio della medicina, difatti, in Germania non è legato ad alcuna qualifica ufficiale: regna sovrana la libertà di curare, la « Kurir-Freiheit ». Solo i due titoli di medico, « Arzt », riservato ai diplomati delle Facoltà mediche, e quello onorifico di « Doktor », più elevato, sono tutelati legalmente.

Fino al 1869 vigevano, in Prussia, disposizioni che limitavano l'esercizio della medicina ai soli diplomati dalle Facoltà di Stato; ma tale disposizione venne abrogata in quell'anno, non senza il generoso concorso degli stessi medici... Da allora il numero degli esercenti che divennero irregolari andò aumentando, per stabilizzarsi dopo il 1907 intorno a 12,000. Così una statistica dell'Ufficio Federale di Sanità al 31 dicembre 1928 ne registrava 12,098.

Il successo professionale.

Secondo un vecchio medico il successo professionale consiste per il 90 % di ciarlatanismo, *bluff* e capacità suggestive; nel 10 % di sapere e di valore (*Journ. Med. Assoc. S. A.*, 14 mar. 1931).

Questa opinione può essere di conforto a coloro che hanno scarso successo professionale....

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

Inchieste della S. d. N.

La mortalità infantile.

Il Comitato di Igiene della Società delle Nazioni, in relazione ad una deliberazione della sesta Assemblea della Società stessa, tenutasi nel 1925, stabilì di approfondire lo studio sulla mortalità infantile, desiderando di conoscere le circostanze ambientali, sociali e igieniche, in cui si verificava la morte durante il primo anno di vita.

In relazione a tale deliberazione, fu riunita una Commissione di esperti di cui faceva parte per l'Italia il prof. Gini, presidente dell'Istituto Centrale di Statistica.

Fu deliberato di raccogliere, mediante un esame particolareggiato fatto caso per caso, i dati circa i fattori etiologici, ambientali, assistenziali e igienici che accompagnarono la malattia che condusse a morte il bambino. Fu deciso di scegliere nelle varie Nazioni territori che avessero almeno 100 mila abitanti per avere dati in numero sufficiente; di raccogliere informazioni e circostanze, osservate per ciascun decesso o per ciascun natomorto, in uno speciale formulario; di adottare una nomenclatura nosologica speciale per le cause di morte e per le cause di nati-mortalità; e di unificare il criterio per determinare i partoriti morti.

Furono scelti per l'indagine territori urbani e rurali in Austria, Francia, Germania, Gran Bretagna, Italia, Norvegia e Paesi Bassi.

Per l'Italia fu scelto il territorio del Governatorato di Roma, che comprende, oltre al territorio urbano, un vasto territorio rurale. La raccolta dei dati dell'indagine fu affidata all'Opera Nazionale Maternità ed Infanzia e la revisione delle schede ai medici ispettori dell'opera stessa. All'indagine fu preposto il Presidente dell'Istituto Centrale di Statistica.

I rioni e quartieri del territorio urbano sono stati riuniti in 4 gruppi, prendendo come criterio principale le caratteristiche sociali degli abitanti; il suburbio resta distinto da questi gruppi, pur facendo parte dell'agglomerazione urbana; l'Agro Romano è considerato separatamente. La Commissione degli esperti ha stabilito di classificare i territori in cui è stata condotta l'indagine, secondo l'intensità della mortalità, considerando a mortalità infantile, debole, moderata, forte, molto forte quei territori in cui i morti del primo anno di vita rappresentano rispettivamente dal 3,5 al 4,9; dal 5 a 6,9; dal 7 a 9,99; dal 10 in su, per 100 nati vivi.

Seguendo tali criteri, la mortalità della zona urbana del Governatorato di Roma, complessivamente considerata, rientra tra i territori a mortalità infantile forte (7,9 a 9 per cento); così pure l'Agro Romano.

I diversi gruppi in cui è distinta la zona urbana si distribuiscono come segue: a mortalità infantile debole il 1° gruppo di rioni e quartieri a tipo agiato; a mortalità moderata il 2° gruppo di rioni e quartieri a tipo semi-agiato; a mortalità infantile forte il 3° e 4° gruppo a tipo popolare e tipo povero. A mortalità infantile molto forte è il suburbio. Dal confronto dei coefficienti di mortalità per cause risulta una diversa importanza dei gruppi delle cause più frequenti di morte nelle due diverse zone esaminate. Infatti, al primo posto nell'Agro Romano figurano i disturbi digestivi; nella zona urbana, invece, le varie malattie infettive, e particolarmente le malattie dell'apparato respiratorio, che costituiscono la parte principale delle cause di morte di questo gruppo. Nei singoli gruppi territoriali l'altezza della mortalità non è data in forte prevalenza da uno solo dei gruppi di cause di morte. Dall'esame particolareggiato delle varie circostanze, in cui si sono verificate le morti, risulterebbe che per i disturbi digestivi hanno una grande importanza i fattori: povertà, ignoranza e mancanza d'igiene, che sono cause frequenti di allattamento mal condotto.

Per le malattie infettive specifiche frequentemente si è riscontrato: cattivo stato sanitario dell'alloggio, per poca pulizia e per agglomeramento notevole; deficienza di cure e di assistenza diretta, per essersi chiamato il medico in ritardo, e per essersi ricorso molto tardi, e in pochi casi, a ricovero ospitaliero.

Dalla indagine è risultato che la sorveglianza prenatale non sembra molto diffusa, più perchè le madri non vi hanno ricorso, che per mancanza di istituzioni adatte allo scopo; e che le provvidenze legislative e assistenziali per le gestanti sembrano adeguate ai bisogni. L'educazione del pubblico nei riguardi della igiene e della regolarità dell'allattamento, l'intensificazione della profilassi, del risanamento dell'alloggio, evitando sopratutto la poca nettezza e il soverchio affollamento, verrebbero a diminuire la mortalità infantile per disturbi digestivi e per malattie infettive. Una relazione più particolareggiata in merito all'argomento in parola verrà prossimamente pubblicata in un volume degli « Annali di Statistica ».

La mortalità da febbri tifoidi.

La Sezione d'Igiene della Società delle Nazioni pubblica un rapporto sulla diffusione della febbre tifoide nel mondo durante il 1929. Nessun cambiamento notevole nella frequenza di questa malattia si è manifestato in Europa, eccezione fatta per l'Unione delle Repubbliche Sovietiche Socialiste ove il numero dei casi dichiarati è salito a 130 mila, mentre nel 1928 era di 80 mila. Va notato che queste cifre concernono solamente i territorii europei di quello Stato.

Se si considerano le cifre relative alla mortalità tifica nel corso dei dieci ultimi anni, e si confrontano con quelle dell'anteguerra, si constata una diminuzione sensibile.

Per esempio nel Belgio la mortalità media era di 9,4 per centomila ed ora è di 2,5 e in Francia l'ultima cifra registrata è di 5,4 contro 10,6 per il periodo dal 1900 al 1913.

Anche fuori d'Europa, nell'Australia, nella Nuova Zelanda e negli Stati Uniti si segnala una diminuzione della mortalità tifica: per gli Stati Uniti ad es. da 18,5 (1911-1913) a 4,4.

Nel Canadà è diminuita di più di un terzo dal 1921 al 1929.

È difficile determinare con certezza se il merito maggiore spetti all'uno piuttosto che all'altro metodo di lotta. Certo una influenza capitale è dovuta al miglioramento generale della qualità dell'acqua destinata all'alimentazione.

L'influenza della vaccinazione antitifica parrebbe risultare dagli effetti ottenuti in Francia, Inghilterra e Stati Uniti, ove vi è stata una coincidenza fra la diminuzione della mortalità e la generalizzazione della vaccinazione, mentre rimane dubbia per l'Italia, la Germania e l'Ungheria.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AVIANO (*Udine*). — Scad. 10 giu.; 2° reparto (Marsure); L. 8000 e sei quadrienni dec., oltre L. 500 serv. att., L. 3000 automezzo, c.-v. ridotto, il tutto decurtato 12 %.

BIELLA (*Vercelli*). *Ospedale degli Infermi.* — Scad. 15 mag.; assistente alla Sez. chirurgica; età lim. 30 a.; titoli ed eventualmente esami. Rivolgersi Direzione.

CESENA (*Forlì*). *Congregaz. di Carità.* — A tutto 15 giu., primario di chirurgia presso l'Ospedale Maurizio Bufalini; titoli ed esami; L. 8000 e compartecipazione onorarii; età lim. 45 a. (50 per gli ex combattenti; nessun limite per chi è in servizio stabile presso Enti pubblici). Chiedere bando e capitolati alla Segreteria.

FORLI'. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Due posti: Assistente della Sezione Chimica; Assistente della Sezione medico-micrografica, del Laboratorio Provinciale di igiene e profilassi. Scadenza per l'uno e l'altro posto, 31 maggio. (V. precedente n. 17).

LIMINA (*Messina*). — Scad. 29 mag.; L. 10.200, compreso uff. san.

MANTOVA. *Amministraz. Provinc.* — Medico aiuto del Consorzio Provinc. Antitub.; titoli ed esami; scad. ore 18 del 30 giu.; L. 14.000 e 3 quadrienni dec. oltre L. 3000 serv. att. Divieto libero eserc. Sono anche aperti i concorsi ad assistente sanitaria, di visitatrice, di applicata e d'infermiera. Chiedere annunzio.

MILANO. *Ospedali Fatebenefratelli e Ciceri detto Fatebenesorelle.* — Due aiuti chirurghi; proroga ore 15 del 13 mag. Medico aiuto; L. 7300 ridotte 12 %; nomina e conferme triennali fino alla durata massima di 15 anni; scad. ore 15 dell'8 lug. Titoli ed esami. Rivolgersi all'Ufficio di Protocollo della Presidenza (via Fatebenefratelli 9).

NOCERA UMBRA (*Perugia*). — Per Colle; proroga ore 18,30 del 31 mag.

PADOVA. *Spedale Civile.* — Scad. ore 17 del 20 mag. Assistente effettivo di chirurgia; titoli; lire 5000 decurtate del 12 %; 2 bienni dec. Età lim. 30 a. al 15 apr. Tassa L. 50,10 alla Tesoreria. Doc. a 3 mesi; serv. entro 20 gg.

PIAGGINE (*Salerno*). — Scad. 16 mag.; per Vallo dell'Angelo; L. 7000; riduz. 12 %.

PISTOIA. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Assistente della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. Scadenza ore 12 del 30 maggio. (V. precedente n. 17).

ROCCALBEGNA (*Grosseto*). — A tutto 20 mag.; L. 9240 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1760 trasp., c.-v. se coniugato; già ridotti del 12 %; tassa lire 50,10; età lim. 30 a.; buona condotta morale e politica. Ab. 2000 circa, iscritti 200 c.

TARANTO. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Direttore Sanitario del Consorzio Provinciale Antitubercolare. Scadenza ore 12 del 15 giugno. (V. precedente n. 17).

TARANTO. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Coadiutore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. Scadenza 31 maggio. (V. precedente n. 17).

TORINO. *Municipio.* — Direttore del dispensario antivenereo comunale N. IV; scad. 28 mag. Rivolgersi Divisione IV - Personale.

VOTTIGNASCO (*Cuneo*). — Scad. 30 mag.; L. 9000 oltre L. 1500 trasp., L. 500 uff. san.

CONCORSI A PREMI.

Fondazione Bilancioni.

È aperto il primo concorso alla « Fondazione Bilancioni » per un premio biennale da concedere al migliore lavoro inedito sulla tubercolosi laringea o almeno sulla tubercolosi di organi compresi nell'ambito dell'oto-rino-laringologia.

I lavori verteranno su qualunque ordine di fatti: clinici, anatomo-patologici, batteriologici, statistici, ecc.

Il premio rappresentato dall'interesse di lire 20.000 in titoli del Littorio maturato nel biennio, detratte le spese, è indivisibile e, se non aggiudicato, verrà attribuito nel biennio successivo, nel qual caso verranno dati due premi.

I concorrenti debbono appartenere alla Società di Laringologia, Otologia e Rinologia. I manoscritti, che saranno contrassegnati da un motto, dovranno essere recapitati, entro il mese di agosto 1931, al presidente della Società, al quale spetta di eleggere la commissione giudicatrice.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

La Società Romena per lo Studio della Tubercolosi, nella seduta di dicembre scorso, nominò membro d'onore il prof. Umberto Carpi, della R. Università di Milano, su proposta del presidente prof. Cantacuzène.

Il prof. Giovanni Cantacuzène, dell'Università di Bucarest, è nominato ministro dell'igiene e del lavoro della Romania.

Rallegramenti all'insigne scienziato.

Il prof. R. Siebeck di Bonn è nominato direttore della Clinica medica di Heidelberg.

La direzione del nuovo Istituto di dietetica dell'Università di Budapest è stata affidata al dott. Aladar von Soos.

I MAESTRI.

Il nuovo Clinico Medico di Roma.

Cesare Frugoni, il quale ascende alla Cattedra che fu di Guido Baccelli e di Vittorio Ascoli, è uno dei più giovani Maestri di Clinica italiani.

Nato a Brescia, si laureò a Firenze e vi compì tutto il periodo di preparazione scientifica sotto la guida di quell'impareggiabile Maestro di clinica che fu Pietro Grocco, di cui fu prima Assistente e poi Aiuto prediletto.

Fece anche un lungo tirocinio di preparazione biologica nell'Istituto del Golgi.

Iniziatasi la guerra, il prof. Frugoni vi prese parte per tutta la durata; fu nominato consulente d'armata e decorato di medaglia d'argento al valore.

Tornato alla sua Firenze, dove intanto era mancato il Maestro diletto, riprende servizio come primario dell'Ospedale di S. Maria Nuova e in breve, per consenso generale, si afferma clinico di grande valore.

Ma il successo professionale non lo distrae da quello che è il suo sogno e la sua passione: la carriera clinica. Continua, con fede e tenacia, studi e ricerche che portano alle magnifiche osservazioni sull'asma bronchiale per cui fu relatore al Congresso di Medicina interna del 1920.

Gli studi sull'asma da Lui compiuti fra i primi in Europa, hanno condotto ad una serie di conclusioni che han fatto notevolmente progredire l'interessante problema, cui il Frugoni e la Sua Scuola si sono per un lungo periodo particolarmente dedicati, prospettandolo sotto la luce delle nuove conoscenze relative ai fenomeni allergici, indagandone il dinamismo, precisandone la terapia; cosicchè Egli è oggi ritenuto uno dei più profondi conoscitori delle malattie allergiche.

A Lui si deve la dimostrazione della possibilità di trasporto passivo dell'anafilassi da uomo ad uomo, mai prima di allora tentato.

Incaricato prima, venne, in seguito a concorso, nominato poi professore di Patologia medica a Firenze.

Entrato così nella carriera universitaria, la Sua

ascesa è rapida, poichè dopo due anni succede al prof. Lucatello nella direzione della Clinica medica di Padova e dopo quattro è oggi chiamato dalla Facoltà di Roma a succedere al compianto prof. Vittorio Ascoli.

In questi quattro anni trascorsi nella Clinica medica di Padova ha saputo organizzarla in modo che essa è ritenuta come un modello, sia per la ricchezza di laboratorii, sia per la scelta di allievi, sia per la fusione tra lavoro scientifico e indagine clinica, cosicchè lo studio assiduo ed appassionato del malato, compiuto secondo le grandi tradizioni della Clinica medica, si integra con lo studio dei più importanti problemi della biologia e della patologia.

Di tanta organizzazione fa fede la poderosa produzione scientifica della Clinica stessa, la quale ha culminato nella relazione sull'edema polmonare presentata al Congresso di Medicina nell'ottobre scorso e che suscitò il plauso e l'ammirazione di quanti assistevano alla brillante esposizione.

La produzione scientifica del prof. Frugoni comprende circa cento pubblicazioni, che abbracciano campi svariati.

Esse comprendono sia argomenti di biologia che di sierologia e batteriologia; ma i gruppi più importanti di lavori sono quelli di argomento clinico. Accanto ad una serie di pubblicazioni su questioni di semeiotica, fra cui sono particolarmente da ricordare quelli sulle alterazioni del ritmo del respiro, sulla semeiotica della regione sternale, sulla espirazione cardio-sistolicamente intercisa, sulla ascoltazione orale, ecc. sono numerosi altri lavori che si incardinano sui tre temi di cui il prof. Frugoni è stato relatore in tre differenti Congressi di Medicina interna, e cioè: quelli sulle arterio-sclerosi viscerali, sull'asma bronchiale e sull'edema polmonare.

Argomenti che Egli, insieme ai suoi collaboratori, ha affrontato nella loro vastità, trattandoli con la maggior profondità e portando in tutti una nota di originalità che è poi il carattere comune a tutti i suoi lavori.

Vanno sotto questo aspetto particolarmente ricordate le sue osservazioni sul morbo di Erb, sulla aortite addominale, sulla pseudo-occlusione intestinale da calcolosi ureterale, sulla splenomegalia tromboflebitica di cui Egli ha bene individuata e delimitata la sindrome clinica, sul « sodoku » di cui per il primo ha descritto la presenza in Europa, sul segno del laccio nelle diatesi emorragiche, ecc.

Produzione vasta ed originale, molto diffusa e conosciuta anche all'estero, ove il prof. Frugoni è noto fra le personalità più in vista della Clinica medica internazionale.

Egli è già stato chiamato ad Amburgo per esporre presso quella Facoltà medica le ricerche Sue e della Scuola sulle malattie allergiche.

Già dopo due anni dell'insegnamento di Clinica, il prof. Frugoni ha pubblicato un volume di lezioni che si leggono con vero piacere in quanto nello stile e nel pensiero si sente fedele la continuazione dello spirito dei grandi Maestri della Clinica.

E grande Maestro di Clinica il Frugoni appare non solo nelle sue brillanti e dotte lezioni, ma nella giornaliera visita agli ammalati.

Profondo conoscitore di uomini, Egli sa già nell'interrogatorio trovare sempre più di quanto gli assistenti riferiscono; osservatore fine e profondo, nulla sfugge alla Sua indagine semeiologica; di pronta intuizione, di memoria sorprendente, di cultura vasta, Egli sa, in un rapido e mirabile lavorio di analisi e di sintesi, rischiarare ogni caso, prospettando tutte le ipotesi logiche possibili, ed inquadrarlo infine in una sindrome definita, vedendo oltre ciò che sembrano le consuete possibilità diagnostiche, con un mirabile potere quasi di intuizione, il che costituisce, a nostro avviso, la qualità suprema del Clinico.

Ed attorno a Lui, in questo quotidiano esercizio, si affollano con gioia medici e studenti che dall'impareggiabile Maestro traggono la *forma mentis et cordis*, che è la caratteristica di una scuola clinica.

Tale il Maestro.

Chi ha vissuto vicino a Lui e conosce l'instancabile attività di quest'Uomo, il Suo spirito di organizzazione, il vibrante entusiasmo da cui Egli è animato e che insensibilmente si propaga a chi gli sta intorno, la solidale armonia di opere e di intenti che Egli sa creare intorno a sè, tanto che del personale della Clinica Egli sa costituire una famiglia, ove non è voce discorde; chi sa il Suo grande rispetto per chi soffre, la rigida concezione del dovere, il Suo amore per la Clinica, ove nessun'altra cura gli impedisce di passare buona parte della giornata, il bisogno che Egli ha di voler bene per sentirsi voler bene, sicchè intorno a sè Egli sa smorzare ogni lotta con leale bontà e creare calore di consensi, il senso di gioia di vivere che illumina tutta la Sua feconda attività, non può non rallegrarsi con la Facoltà della scelta compiuta ed essere sicuro che Cesare Frugoni saprà degnamente continuare le tradizioni della Scuola di Roma.

V. SCIMONE.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Milano.

Conferenza del prof. on. E. Morelli su "Costruzioni sanatoriali in Italia".

Sabato 18 aprile u. s., alle ore 21, nell'aula Mangiagalli, il prof. E. Morelli ha tenuto, dietro invito del Sindacato Medico Fascista della Provincia di Milano, una conferenza sul tema: « Costruzioni sanatoriali in Italia ». Iniziata con fascistica foga la sua perorazione l'on. Morelli ha preso le mosse col ricordare quanto sappia d'attualità il problema delle costruzioni sanatoriali in Italia, parte essenziale di quell'immane problema di lotta antitubercolare alla soluzione del quale, per volere del Duce, sono dedite tante belle energie. Il problema è così vasto che forzatamente il progetto e l'esecuzione saranno in qualche loro parte difettosi. « Io attendo ed anzi desidero la critica! », ha dichiarato l'oratore. Ha quindi ricordato quali siano le linee generali dell'importante problema alla soluzione del quale — che dovrà comprendere le costruzioni di ben 20.000 letti sanatoriali — è stato dedicato ben mezzo miliardo di lire. Ha quindi dichiarato come in base a considerazioni economiche, sociali e mediche le più svariate egli sia venuto nella deliberazione di preferire due tipi più o meno standardizzati di sanatori: 1) il tipo di pianura, che dovrà essere provinciale e prossimo al capoluogo, luogo di primo smistamento dei malati, ed altresì luogo di ricovero per malati non più recuperabili; 2) il tipo di montagna, luogo di secondo asilo, specialmente dedicato ai malati recuperabili. La proporzione tra i sanatori di 1° tipo e quelli di 2° tipo dovrà essere di 1:2. Per i sanatori di montagna — nei quali i letti costano molto di più — sarà data la preferenza a criteri accentratori, per la stessa ragione essi saranno standardizzati il più possibile: sarà data anzi la preferenza alle costruzioni di veri villaggi sanatoriali: poichè gli agglomeramenti in materia di tubercolotici sono condannabili se applicati in modo antigienico, non invece allorchè vi sia grande abbondanza di spazio e di aria a disposizione di ogni singolo ricoverato. Sempre per criteri economici sarà data la preferenza a costruzioni di più piani, fabbricate anzi in modo da potere essere ulteriormente innalzate. Speciale cura sarà dedicata alle costruzioni di terrazze e passeggiate coperte sui tetti ed alla costruzione di verande che è preferibile porre in comunicazione diretta ed immediata con le stanze dei ricoverati. Per quanto si riferisce alla questione della separazione dei sessi, anzichè ad una divisione per piani, il prof. Morelli preferisce una divisione di ali, in due metà simmetriche delle costruzioni. Speciale sviluppo nei villaggi sanatoriali di montagna sarà dato alla costruzione di teleferiche, specie per i servizi di trasporto vivande e di lavanderia. Ha insistito infine sulla necessità della costruzione di colonie postsanatoriali prevalentemente di carattere agricolo nelle quali potranno essere gradualmente saggiate le capacità lavorative dei convalescenti ed i prodotti delle quali saranno adibiti ad uso dei sanatori stessi.

La smagliante conferenza del prof. Morelli, corredata di numerose proiezioni, è stata salutata alla fine da vivissimi applausi.

R. ASCOLI.

Da Spezia.

La costituzione della Sezione provinciale spezzina della Lega italiana per la lotta contro il cancro.

Nella sede dell'Ordine dei Medici ha avuto luogo l'insediamento del Comitato Direttivo della Sezione Spezzina Provinciale della Lega Nazionale per la lotta contro il cancro. In seguito al risultato della votazione per referendum vennero eletti a fare parte del Comitato Direttivo i sigg.: prof. dott. Rinaldo Cassanello, presidente dell'Ordine dei Medici; prof. dott. Angelo Romano, medico provinciale; colonn. dott. Mario Adami, direttore dell'Ospedale Militare Marittimo; prof. dott. Odoacre Torri, medico primario dell'Ospedale Civile; prof. dott. Edoardo Monti, ufficiale sanitario del Comune; prof. dott. Ugo Pardi, direttore dell'Istituto Anatomo-Patologico Ospedale Civile; cav. Ippolito Fantacci.

A presidente del Comitato Direttivo è stato nominato il prof. Cassanello, a segretario il prof. Pardi, a cassiere-economo il cav. Fantacci. Su proposta del prof. Cassanello venne acclamato presidente onorario S. E. il Prefetto della Provincia comm. avv. Oscar Uccelli.

Il prof. Pardi riferisce sul lavoro già svolto per la costituzione definitiva della Sezione, sul numero dei Soci ordinari, già raggiunto, n. 67 (quota annuale di Lit. 20) fra i quali un benemerito (oblazione di L. 1000), il nobile Paolo Codeglia, e un Socio fondatore (oblazione L. 500), l'Ospedale Civile della Spezia.

Il prof. Torri raccomanda di intensificare la raccolta di Soci fra i medici che dovrebbero tutti iscriversi, fra i privati, gli Enti e le Associazioni; propone di mandare un voto di plauso e di ringraziamento al primo Socio benemerito ed al fondatore, augurando che abbiano molti imitatori.

Il prof. Pardi riferisce ampiamente sulla istituzione del centro diagnostico che, previ accordi coll'Amministrazione dell'Ospedale, dovrebbe essere fatto nell'Ospedale stesso, sul tipo di quello esistente e tanto bene funzionante all'Ospedale Mauriziano di Torino. Ad esso faranno capo i malati affetti o sospetti affetti di cancro per le indagini cliniche, radiologiche, istopatologiche, che verranno praticate dai sanitari ospedalieri, con speciali tariffe di favore per i malati inviati dai Comuni e dagli Enti, associati alla Lega, mentre questa nei casi di malati bisognosi poveri provvederà direttamente essa stessa.

Il prof. Cassanello è lieto di comunicare che è stato risolto anche il problema del servizio radium-terapico, della cura cioè dei cancerosi col radium, in seguito ad accordi da lui svolti con l'illustre prof. A. Cappelli, direttore dell'Istituto di Radioterapia e Radiumterapia della R. Università di Firenze che è il maggiore detentore di radium in Italia. Nel nostro Ospedale verranno fatte applicazioni di radium per i poveri e per gli abbienti alle stesse condizioni di pagamento praticate all'Istituto Fiorentino; per i poveri con speciali rette di favore per le quali la Sezione della Lega si impegna di provvedere nei limiti delle sue disponibilità, specialmente se non le mancherà l'aiuto dei cittadini e degli Enti.

Le applicazioni del prezioso metallo verranno direttamente praticate dal dott. Scopesi Mario, aiuto del prof. Cappelli, e gli ammalati saranno

affidati alla sorveglianza continuata dei sanitari ospedalieri.

Il prof. Pardi, dopo avere ricordato l'ottimo esito della conferenza tenuta dal prof. Cesaris Demel, che ha avuto un innegabile successo di propaganda e che verrà presto data alla stampa e distribuita ai soci ed alle autorità, annunzia una seconda conferenza di propaganda che sarà tenuta dal prof. M. Sacerdoti, ordinario di Patologia generale nella R. Università di Pisa, sul tema: « *Le moderne vedute nella etiologia e nella patogenesi del cancro* ».

I. FANTACCI.

NOTIZIE DIVERSE.

Il Natale di Roma.

La ricorrenza del Natale di Roma è stata celebrata in tutta Italia con alto fervore di spiriti e con la rassegna di nuove opere realizzate dal Regime.

Essa ha trovato la maggiore consacrazione nella leva fascista.

Una mole imponente di opere è stata inaugurata a Roma e nella sua provincia. Il maestoso ossario che aduna i ricordi e le glorie di cinquemila figli di Roma, caduti per la Patria comune, ed il monumento a Guido Baccelli — il quale fu uno dei maggiori assertori di romanità e, quindi, d'italianità — hanno parlato al cuore di tutti gli italiani.

Alcune delle opere inaugurate il 21 aprile hanno carattere sanitario: così il nuovo grandioso padiglione per le cure oto-rino-laringologiche e oculistiche all'Ospedale del Littorio, capace di 142 letti; un nuovo padiglione e il corpo centrale del Manicomio di Santa Maria della Pietà; le Stazioni sanitarie di Campoleone e di Prima Porta, nell'Agro Romano; il nuovo Ospedale di Palombara Sabina; un dispensario e una Sezione ospedaliera del Consorzio antitubercolare della provincia a Subiaco; l'acquedotto di Leprignano; altre opere minori.

Il monumento a Guido Baccelli.

Il 21 aprile venne inaugurato a Roma il monumento a Guido Baccelli, sorto presso il Policlinico Umberto I di Roma, il quale fu ideato e voluto dal Baccelli.

Alla cerimonia intervennero il figlio del sommo Clinico, sen. Alfredo, il presidente del Senato on. Federzoni, l'on. Pellizzari in rappresentanza della Camera dei deputati, don Piero Colonna, preside della Provincia, il prefetto Montuori, il gen. Vaccari, comandante il Corpo d'Armata, il gen. Pugliese, l'on. Orsolini Cencelli, commissario della Opera Naz. Combattenti, i senatori Marchiafava, Morpurgo, De Vito, gli onorevoli Cartoni, Filesi, De Stefani, il prof. Busi, rappresentante il Rettorato dell'Università, il conte dott. Quirico, medico di Casa Reale, l'accademico prof. Severi, il gen. Brusati e una folla di discepoli dell'illustre maestro.

Il Governatore di Roma principe Boncompagni Ludovisi pronunziò un discorso nel quale, dopo aver tratteggiato la figura di Guido Baccelli passò ad illustrarne le altissime qualità.

Egli — dice l'oratore — fu un potente diagnosticatore al lume delle conoscenze biologiche, istologiche e patologiche, e allenò e modificò il suo pensiero seguendo i continui progressi di esse.

La grande opera di geniale e appassionato educatore di più generazioni è sostenuta da un patrimonio di lavori, di medicina clinica e scientifica, ove rifulgono tutti i doni della sua mente dotta: spirito d'iniziativa, indagine esatta, profonda osservazione.

Largo, poderoso è il contributo da lui portato negli studi di patologia e di clinica nelle malattie del cuore: opera ricca di originalità e di dati preziosi per ulteriori ricerche. Sua è l'idea di aprire ai farmachi la via delle vene, sua l'applicazione dell'uso dell'ossigeno in terapia e sue mille altre geniali soluzioni di ardui problemi nella cura dei morbi, cui si dedicava come ad una missione, assolvendola con l'altezza del suo intelletto e con la magnanimità del suo cuore.

L'oratore ricorda poi che la vita di Guido Baccelli fu costantemente ispirata e guidata da due nobilissime passioni, le quali fanno di lui un precursore del Fascismo, perchè dal Fascismo sono state poste tra i capisaldi della sua azione rigeneratrice: il culto della romanità e l'agricoltura.

Il Governatore accenna quindi ai monumenti, magnifica testimonianza del nostro passato, danneggiati o deformati dalla barbarie, che Guido Baccelli volle fossero rimessi in luce, e rileva che scienziato, medico, educatore, archeologo, uomo di Stato, Guido Baccelli fu l'espressione più schietta e geniale dell'umanesimo.

Perciò, o signori — termina il Governatore — all'appello fascista degli scomparsi che bene me-

ritarono dalla Patria, rispondiamo per Guido Baccelli: « Presente ».

Tolto il velario, al monumento è stata apposta una corona di alloro. Le autorità e la folla, a capo scoperto, salutavano romanamente.

L'Accademia d' Italia.

Ha tenuto una solenne cerimonia al Campidoglio in occasione del Natale di Roma. Erano presenti i Sovrani ed altre massime autorità. Il presidente, S. E. Marconi, fece una relazione generale. Si procedette all'assegnazione di quattro premi Mussolini e di centodieci premi d'incoraggiamento a Istituti di cultura, a periodici scientifici ed a studiosi. Nel campo delle scienze mediche sono state fatte assegnazioni alla Società italiana di anatomia, al Comitato italiano per la patologia, alla Scuola magistrale ortofrenica, a vari periodici, alla sig.ra Celli, al prof. Lorenzini, al sen. G. Viola. Sulla Fondazione Volta è stato conferito un assegno di L. 16.000 al prof. Neri di Firenze, per un viaggio di studi all'Estero.

2° Congresso internazionale di tecnica sanitaria e igiene urbanistiche.

Si è tenuto a Milano, come avevamo annunziato, dal 20 al 26 aprile. Vi hanno partecipato 700 delegati, fra i quali i rappresentanti di 40 Nazioni.

La cerimonia inaugurale si svolse solennemente al Castello Sforzesco, nella sala delle statue. V'intervennero il sottosegretario di Stato ai Lavori Pubblici on. Leoni; S. E. il sen. conte Pier Gaetano Venino, presidente del Comitato esecutivo, S. E. Dante De Blasi, accademico d'Italia, S. E. Bruno Fornaciari, prefetto della Provincia di Milano, l'on. Morelli, commissario straordinario del Sindacato nazionale dei medici, il gen. med. Riva, direttore generale della Sanità militare, il podestà duca Marcello Visconte di Modrone, il medico provinciale prof. F. Piccininni, il direttore dell'Ufficio d'Igiene di Milano prof. Tron e molte altre spiccate personalità. Parlarono S. E. Leoni, S. E. Venino e S. E. De Blasi, oratore ufficiale.

Daremo prossimamente un breve resoconto dei lavori.

2° Congresso internazionale di medicina tropicale.

È indetto ad Amsterdam dal 12 al 17 settembre 1932, sotto l'alto patronato di S. A. R. il principe Hendrik der Nederlanden. Alla presidenza, dopo la morte del prof. Eijkman, è stato chiamato il prof. Grijns. Temi ufficiali sono: 1° Avitaminosi e specialmente beri-beri; 2° Leptospirosi e febbre gialla; 3° Elminti e in specie anchilostoma; eventualmente: 4° Malattie da protozoi del sangue, malaria, febbre biliosa emoglobinurica, kala-azar.

Segretario generale è il prof. dott. E. P. Snijders, Instituut voor Tropische Hygiëne van het Koloniaal Instituut, Mauritskade 57, Amsterdam, Olanda.

2ª Conferenza universale per la difesa contro gli stupefacenti.

È indetta a Ginevra (Palais de l'Athénée) dal 18 al 20 maggio. La precedente conferenza si era adunata a Filadelfia nel 1926.

Per qualsiasi informazione rivolgersi alla Segreteria (rue Butini 3, Genève, Svizzera).

2° Congresso internazionale di ortodontia.

Come abbiamo annunziato, avrà luogo a Londra dal 20 al 24 luglio. In seguito alla morte del segretario generale A. C. Lockett, si prega d'indirizzare quanto riguarda il Congresso a B. Maxwell Stephens, Govenor Street 76, London W. 1, Inghilterra.

3° Congresso nazionale di microbiologia.

Si è svolto nei locali dell'Istituto Sieroterapeutico Milanese e ha destato vivo interesse per le relazioni, le comunicazioni e le discussioni. Prossimamente ne daremo un breve resoconto.

4° Congresso nazionale talasso-terapico.

Si è svolto, secondo il programma annunziato, il 4° Congresso talassoterapico della Società italiana di idrologia, climatologia, terapia fisica e dietetica. L'inaugurazione ebbe luogo a Trieste, nella sala del Littorio, presente il podestà sen. Pitacco e vari rappresentanti delle autorità politiche e fasciste.

Convegno nazionale delle rivendicazioni mediche.

Il grande Convegno Medico indetto in Milano sotto gli auspici del Sindacato Medico Fascista e dell'Ente « Fiera di Milano » è riuscito una solenne e significativa manifestazione scientifica, dovuta all'iniziativa del prof. Piccinini. Dopo la visita eseguita dai sanitari alla Fiera Campionaria, si è tenuta la seduta inaugurale, cui hanno partecipato in gran numero medici, farmacisti, veterinari ed ostetriche. Dinanzi ad un pubblico affollato, composto di autorità civili e militari ed ai maggiori gerarchi, hanno pronunziato discorsi inaugurali i proff. Baslini, presidente della Commissione esecutiva e dell'Accademia Medica Lombarda, il prof. sen. Giordano per la Società Storica della Medicina, il prof. sen. Gabbi, i rappresentanti delle singole Sezioni sanitarie ed il prof. Piccinini, organizzatore del Convegno.

Nel pomeriggio alla Sezione Medica hanno svolto relazioni e comunicazioni i proff. Castaldi, Peri, Mantovani, Nardi-Batassi, Ferrannini, Bilancioni, Aliotta, Boveri, Landolfi, Muggia, Pagani, De Candia, Orano, De Mare, Babini, Rizzi, Adriano Valenti.

Contemporaneamente si sono adunate le altre sezioni: veterinaria, ostetrica e dei farmacisti.

1° Congresso latino-americano di oftalmologia.

Si è tenuto a Santiago de Chile dal 2 al 4 febbraio, nei locali della Clinica Oftalmologica del Salvador. Alle sedute inaugurali intervennero il ministro dell'assistenza sociale dott. Puelma Laval, il decano e il segretario della Facoltà medica, professori Castro Oliveira e Girón, il direttore della Sanità e dell'Istituto batteriologico, prof. Kraus, e numerosi delegati stranieri. Il presidente del Congresso, prof. Charlín, tenne un'elevato discorso; seguirono i vari delegati.

I lavori assunsero importanza sovratutto in quanto lumeggiarono i rapporti dell'oftalmologia con la medicina interna e con la neurologia. Furono ampiamente discussi i temi dell'ipertensione endoculare e delle infezioni focali in oftalmologia. Furono adottate varie deliberazioni, tra cui notevole quella relativa allo studio del tracoma. Gli atti del Congresso verranno prossimamente raccolti in volume.

Congresso tedesco di tisiologia.

Si terrà quest'anno a Kissingen dal 26 al 30 maggio. Temi: « La terapia cinetica della tubercolosi » (Wohlfahrt e Siegfried); « La separazione dei malati con tubercolosi polmonare aperta e chiusa » (Bruno Lange); « Il pneumotorace terapeutico, la sua tecnica e la sua importanza sociale » (Zinn e Schroeder); « La ginnastica nella tubercolosi » (Wiese). I congressisti visiteranno i sanatori della Baviera e della Turingia.

5° Congresso spagnolo di pediatria.

Si adunerà dal 19 al 23 ottobre a Granata, e sarà ripartito in 3 sezioni: 1° igiene e puericultura, 2° medicina, 3° chirurgia. Quota d'iscrizione 35 pesetas per i titolari, 20 per gli aderenti, 100 per le corporazioni. Gli Atti importano una quota supplementare di 10 pesetas. Fuori programma è un'escursione ad Almuñecar. Le iscrizioni si ricevono dal Presidente della Commissione organizzatrice, Dr. Rafael G.a Duarte Salcedo. Sede della segreteria generale: Gran Via 63, Granada, Spagna.

25° Congresso medico sud-africano.

Si terrà dal 14 al 19 settembre a Johannesburg, nei locali dell'Università. Sarà diviso in 5 sezioni: 1° medicina, 2° chirurgia, 3° ginecologia e ostetricia; 4° sanità pubblica; 5° specialità, con le seguenti sotto-sezioni: oftalmologia, otologia e laringologia, dermatologia e venereologia, radiologia e fisioterapia, anestesia, pediatria, neurologia e psichiatria. La presidenza è affidata al dott. Francis Napier. Il Congresso farà parte del 4° Congresso scientifico sud-africano. Rivolgersi al segretario generale d'onore, Dr. Joseph J. Levin, University Buildings, Milner Park, Johannesburg, Unione Sud-Africana.

Centenario dell'Associazione Medica Britannica.

La « British Medical Association » celebrerà il suo centenario a Londra nel 1932. Il 24 luglio avrà luogo un pellegrinaggio a Worcester, ove la associazione venne costituita, e vi sarà scoperto un monumento al fondatore sir Charles Hastings. Il presidente pronuncierà un discorso nella Queen's Hall; seguirà un grande ricevimento nella Albert Hall, che viene predisposta per accogliere da 5000 a 6000 persone. Il banchetto del centenario potrà riunire 2000 convitati.

Poi si farà ritorno a Londra, per le sedute scientifiche, le quali si terranno dal 27 al 29 luglio, nei locali universitari del « South Kensington ».

Lega francese contro il reumatismo.

L'assemblea generale della Lega si è adunata il 26 marzo a Parigi, nella Casa dei Sindacati medici della Francia (rue du Cherche-Midi 95), sotto la presidenza del prof. Marcel Labbé. V'intervenne il dott. van Breemen, segretario generale della Lega internazionale. L'assemblea ha adottato il programma scientifico e sociale da svolgere, ha udito varie comunicazioni scientifiche ed ha rinnovato il suo ufficio, che resta presieduto dal prof. F. Bezançon. Gli uffici hanno sede a Parigi, rue Bonaparte 51.

Alla Cassa Nazionale Infortuni.

Sotto la presidenza del sen. Bonardi, si è riunito il Consiglio di Amministrazione della Cassa Nazionale Infortuni.

La relazione del Direttore generale mette in evidenza la continua ascesa dell'Istituto ed il consenso che intorno ad esso si va sempre più consolidando da parte delle classi produttrici.

Particolari premure ha dedicato l'Amministrazione alla organizzazione sanitaria dell'Istituto.

Nel corso del 1930 è stata completata o rinnovata l'attrezzatura degli ambulatori e specialmente dei gabinetti radiologici in rapporto agli ultimi progressi della tecnica, è stato ampliato l'Ospedale « Benito Mussolini » in Bologna, di proprietà dell'Istituto, che è stato fornito anche di un'ulteriore cospicua quantità di radium, e sono stati forniti gratuitamente agli infortunati numerosi apparecchi di protesi. Le prestazioni sanitarie dell'Istituto (visite di pronto soccorso, visite successive, visite di controllo, arbitrali, contraddittori, esami di gabinetto, cure fisioterapiche, ecc.) ascendono nel 1930 a 826.991, e risultano ricoverati in ospedali, a cura e spese della Cassa 3890 infortunati per 78.853 giornate di degenza.

Per l'Università di Milano.

È stata stipulata una convenzione in virtù della quale la Provincia ed il Consiglio Provinciale dell'Economia di Milano e i comuni di Varese e Busto Arsizio si sono impegnati a corrispondere alla R. Università di Milano, per un periodo di cinque anni, un contributo complessivo di lire trentamila annue.

Istituto del cancro a Praga.

Il Comitato per la lotta contro il cancro nella Czecoslovacchia ha raccolto i fondi per creare un Istituto di ricerche sul cancro. Sorgerà a Praga, annesso ad uno dei grandi ospedali della città.

L'Istituto di biologia marina a Rovigno.

Il 21 aprile fu solennemente inaugurato a Rovigno d'Istria il rinnovato Istituto di biologia marina, che assume carattere italo-germanico; alla cerimonia intervennero il Duca del Mare, S. E. Thaon de Revel, presidente dell'Istituto, e l'ambasciatore della Germania presso il Quirinale, von Schubert.

L'Istituto sarà diretto dai proff. Sella e Teuer.

Per un sanatorio universitario internazionale in Svizzera.

Le Camere federali svizzere hanno votato ad unanimità un credito di mezzo milione di franchi svizzeri, pari a circa 2 milioni di lire it., per la costruzione di un sanatorio universitario internazionale a Leysin, del quale abbiamo già dato notizia; è progettato dal dott. Vauthier. Comprenderà 208 letti, una vasta biblioteca, varie sale di lettura e di conferenze e cinque laboratori. La spesa complessiva è preventivata in 5 milioni di franchi sv.; i lavori verranno cominciati solo quando i contributi di governi stranieri avranno

assicurato almeno 100 letti. Il sanatorio non sarà una università, ma consentirà ai ricoverati di continuare i loro studi.

Un sanatorio a Galliera Veneta.

Il 21 aprile a Galliera Veneta venne inaugurato un magnifico sanatorio, capace di cinquecento letti. Sono intervenuti alla cerimonia il prefetto Pighetti, il commissario federale on. Lusignoli, anche per la Cassa Nazionale Assicurazioni Sociali, creatrice del sanatorio, il vescovo di Treviso, mons. Longhin ed altre autorità.

Ambulanza radiologica.

L'Ufficio di Sanità pubblica della Georgia (Stati Uniti) ha fatto costruire un'ambulanza radiologica specialmente adattata per la diagnosi della tubercolosi polmonare; è destinata ad intensificare la lotta contro la tubercolosi nei distretti rurali, mediante la diagnosi precoce. È alle dipendenze del sanatorio di Alto.

Centro medico-chirurgico per classi medie in Francia.

Il 20 marzo, anniversario della morte del maresciallo Foch, venne collocata a Suresnes la prima pietra della Fondazione Foch, centro di assistenza medico-chirurgica, destinato alle classi medie.

Intervennero alla cerimonia il ministro della igiene Blaisot e molte altre autorità; era presente la signora Foch.

L'istituto ha lo scopo di sovvenire ai bisogni delle classi medie nel campo sanitario, mentre alle classi povere provvedono già largamente gli ospedali comuni e le classi ricche bastano a se stesse.

L'istituzione sarà veramente grandiosa, degna del nome di Foch. Consterà di un edifizio imponente, a forma quadrata, di 7 piani.

Depressione economica e ospedali nel Giappone.

La depressione economica pronunziatasi anche nel Giappone durante il 1930 ha avuto per effetto di far ridurre moltissimo le degenze negli ospedali, fatta eccezione per quelli gratuiti. Così durante il primo semestre, nei 150 ospedali di Tokio furono trattati 303.000 casi, contro 457.000 nel corrispondente periodo del 1929; nell'Ospedale dell'Università Imperiale, per solito sovraffollato, si ebbero in media 150 letti vacanti; in quello del Collegio Medico Keio se ne ebbero 180. Viceversa gli ospedali per indigenti sono ultrapieni e non si riesce ad allontanare i ricoverati neppure dopo la guarigione. Anche gli ambulatori a pagamento sono meno frequentati, mentre in quelli gratuiti si fanno le file, a volte cominciando dalle 4 ant.: nell'Ospedale Tsukiji per i poveri, il numero dei soggetti trattati ambulatoriamente è aumentato di 250-400 al giorno e si è dovuto aumentare il personale addettovi. Così il « Journ. A. M. A. ».

La Casa dei medici a Praga.

Verso la fine di marzo venne inaugurata a Praga la « Casa dei medici », ove troveranno sede le principali società mediche — così scientifiche come corporative — della Czecoslovacchia. Il secondo piano sarà riservato ad una biblioteca ed a sale di lettura. Vari saloni ed un auditorium saranno a disposizione degli iscritti. Un certo numero di camere con letti potranno essere utilizzate dai medici di passaggio per la capitale.

Nella stampa medica.

Il « Giornale Veneto delle Scienze Mediche » viene a sostituire il « Giornale Medico dell'Ospedale di Venezia ». Come lo dice il titolo, avrà un più ampio respiro, assumendo carattere regionale, pur continuando ad essere emanazione del glorioso nosocomio di Venezia. Sarà diretto ancora dal prof. E. Ligorio, direttore dell'Ospedale; redattore capo ne sarà il prof. A. Chiasserini, chirurgo primario dell'Ospedale. Avrà periodicità mensile. Oltre che a lavori originali, farà posto a riviste sintetiche ed a recensioni.

Al rinnovato periodico i nostri auguri.

* * *

La « Revue de Chirurgie Plastique » sarà un nuovo organo di chirurgia riparatrice ed estetica — la quale va giustamente acquistando un poderoso sviluppo.

Si pubblicherà trimestralmente a Bruxelles (avenue de l'Astronomie 2). Avrà carattere internazionale: accoglierà articoli in francese, inglese, italiano, spagnolo, tedesco. Ne daremo ulteriori notizie.

L'Associazione Medica Americana e i prodotti opoterapici.

Il Consiglio Chimico dell'Associazione Medica Americana ha deliberato di non accettare, nel registro dei nuovi rimedi, i preparati di glandola ovarica secca (comprendendovi quelli follicolari e quelli luteinici).

In seguito a tale decisione, sono stati cancellati 16 prodotti messi in commercio sotto forma di tabloidi o pasticche. Sono stati lasciati soltanto gli estratti liquidi.

(Da « Actualidades Clínicas »).

Commemorazione del prof. Vittorio Ascoli.

Nella seduta dell'8 aprile della « Société de Médécine et Hygiène Tropicale » di Alessandria d'Egitto, il prof. Alberto Furno, direttore dell'Ospedale Italiano « Benito Mussolini » della città, ha commemorato il prof. Vittorio Ascoli, quale clinico insigne, malariologo di valore, fondatore della Scuola Superiore di Malariologia. All'oratore si associò con nobili parole il generale medico prof. Duguet, presidente della Società, ed ispettore generale del Consiglio Sanitario marittimo Quarantenario d'Egitto.

Conferenze.

Il prof. Luigi Devoto ha tenuto nell'aula magna dell'Università di Milano, alla presenza delle autorità cittadine e degli insegnanti e studenti delle scuole, una conferenza sui fondamenti e sui fini della lotta antitubercolare.

* * *

Il prof. Ettore Levi ha tenuto, presso il Policlinico del Lavoro in Roma, una conferenza sul tema: « Malattie del lavoro e psicologia medica ». Ha esposto quale debba essere la condotta del medico nello studio delle reazioni coscienti ed incoscienti dei malati di fronte alle offese del lavoro ed ha trattato dei moderni procedimenti terapeutici.

Escursione medico-scientifica.

La rivista « Laboratorio » di Barcellona, seguendo una tradizione iniziata nel 1917, prepara una missione collettiva di medici, con fini tecnici, scientifici e turistici, dal 3 al 25 agosto, col seguente itinerario da e per Barcellona: Parigi, Berlino, Varsavia (Polonia), Mosca, Leningrado, Helsigfors (Finlandia), Revel (Estonia), Riga (Lettonia), Königsberg, Berlino, Parigi. L'organizzazione del viaggio è affidata all'Agenzia Thos Cook & Son di Barcellona. Per informazioni rivolgersi a: secretaria de la Revista médica « Laboratorio », Pelayo 24, Barcelona, Spagna.

Vittima del dovere.

Un'infermiera addetta al reparto dei bambini contagiosi nell'Ospedale Bretonneau di Parigi, sig.na Pierre, dell'età di 20 anni, è morta di una difterite maligna contratta nell'assistere un bambino, che si è salvato.

A titolo postumo, ella ha ricevuto la medaglia d'oro delle epidemie.

Un operaio che diventa medico.

Con un cordiale e affollatissimo banchetto è stata festeggiata a Sestao (Spagna) la laurea in medicina conseguita da un modesto operaio minatore, Victoriano Martin Soto, la cui attività e pertinacia ha realizzato il miracolo della trasformazione.

I convenuti tributarono al festeggiato manifestazioni sincere di ammirazione e di simpatia, per il lavoro, l'ingegno e lo spirito di sacrificio di cui ha dato prova. (« Siglo Méd. », 4 apr. 1931).

Esercizio abusivo dell'odontoiatria.

La VIII Sezione del Tribunale di Roma ha confermato, in appello, una sentenza del Pretore di Roma che condannava alla pena di L. 500 di multa il sig. Dante Casini, per aver esercitato abusivamente la professione di dentista. Il Sindacato prov. fascista medici si era costituito parte civile.

Sequestri di stupefacenti.

A New York sono stati operati vari sequestri di partite ingentissime di oppio, morfina e altri stupefacenti, per un valore complessivo di oltre 40 milioni di lire it.

Martirologio professionale.

Vittima d'un'infezione cadaverica contratta nel disimpegnare le sue funzioni all'Istituto di Medicina Legale dell'Università di Rio de Janeiro, è morto colà, il 17 marzo, il dott. Rodrigo de Lamare Leite, uno dei più distinti medici legali del corpo medico brasiliano.

È morto il dott. MAURICE DE FLEURY, membro dell'Accademia di Medicina di Parigi, psichiatra eminente, autore di apprezzate opere scientifiche, tra cui « La médecine de l'esprit », « La psychologie de l'enfant », « L'angoisse humaine ». Il padre, prof. Armand de Fleury, insegna ancora alla Facoltà medica di Bordeaux.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Clin. Chir., nov. — CATTERINA. Epulide sarcomatosa da irritazione di corpo straniero infisso nell'alveolo di un dente.

Zbl. f. Chir., 6 dic. — L. R. GROTE e M. FLEISCH-THEBESIUS. Operazioni sui diabetici dopo l'introduzione dell'insulina.

Radiol. Med., dic. — L. CAPPELLI. Anafilassi e raggi; riserva alcalina. — L. DE VECCHI. Carcinoma della mucosa delle guancie.

Arch. It. di Urol, nov. — C. TEDESCHI. Tumori misti ipernefroidi del rene.

Amer. Journ. Obst. a. Gyn., nov. — E. ZWEIFEL. Trattam. del carcinoma della cervice uter. — H. B. MATHEWS I raggi X nella diagn. ostr. — A. WENDEL. Dismenorrea disendocrina.

Journal A. M. A., 22 nov. — K. C. MILLS e A. R. DOCHEZ e al. Eziologia del raffreddore. — C. C. DENNIE. Neurosifilide familiare.

Brit. Med. Journ., 6 dic. — C. GORDON-WATSON. Numero sulla curieterapia.

Rev. Méd. Lat.-Amer., sett. — R. A. BULLRICH. Il chimismo gastrico nel cancro. — J. M. G. GALVÁN. Valorizzazione sindromica dell'anoressia.

Med. Welt, 6 dic. — W. SCHÖNFELD. Serologia della blenorragia. — B. MEYER. L'esame della funzione renale.

Arch. f. Sch.- u. Tr.-Hyg., dic. — P. UJLAKI. Terapia della febbre emoglobinurica.

Revue Neurol., nov. — G. GUILLAIN. Forma cerebello-spasmodica d'inizio dei tumori del segmento super. del midollo. — W. PIRES. Paralisi gener. « striata ».

Paris Méd., 29 nov. — MUTEL. Trattam. delle cisti dette sinoviali.

Ann. di Med. Nav. e Col., sett.-ott. — C. JELARDI. Ionoforesi in oftalmologia.

Riv. di Cl. Med., 15 sett. — A. MONTANARI. Potere auto-emolitico di diversi liquidi organici.

Paris Méd., 6 dic. — Numero sulla terapia.

Arch. App. Dig. ecc., nov. — A. LANDAU e J. GLASS. Rapporti tra funzione secretoria dello stomaco ed equilibri di cloro ed acido-base dell'organismo.

Arch. Mal. du Coeur ecc., nov. — R. LERICHE e R. FONTAINE Angina di petto traumatica.

Riforma Med., 1 dic. — I. TANSINI. In tema di cancro. — M. LUCACER. Sensibilizzaz. della cute umana alla fenilidrazina.

Amer. Journ. Med. Sc., dic. — H. K. PANCOAST. Roentgenologia del timo nell'infanzia. — W. S. MIDDLETON e R. H. STIEHM. Azione del succo gastr. nell'anemia pern. — M. B. STRAUSS. Epidemia clorotica della gravid.

Zeitsch. f Tuberk., dic. — O. LANGE. La vaccinazione Calmette. — E. A. SCHNIEDER. Autolisi e lisi del bac. tbc.

Wien. Klin. Woch., 11 dic. — BREITNER. Il problema del gozzo; quando operare?

Mediz. Klinik, 12 dic. — H. SELLHEIM. Diagnosi di gravidanza. — O. STRAUSS. Cancro e suo trattamento.

Lancet, 13 dic. — A. E. BARCLAY. Il pericolo della specializzazione. — W. TURNER WARWICK. Deficienze valvolari e varicosi.

Brit. Med. Journ., 13 dic. — G. RIDDOCH. Manifestazioni nervose e mentali del climaterio.

Journ. Trop. Med. a. Hyg., 1 dic. — Numero sulla malaria.

Rif. Med., 8 dic. — R. JEMMA. Leishmaniosi nei bambini.

Minerva Med., 15 dic. — A. M. DOGLIOTTI. Centri di cultura medica negli Stati Uniti.

Med. Ibera, 13 dic. — E. BONILLA. Reumatismo endocrino.

Journ. A. M. A., 29 nov. — J. B. HERRICK. I segni clinici delle cardiopatie. — C. SIDNEY BURWELL. Natura progressiva dell'insufficienza cardiaca. — J. B. DEAVER. Sequele delle infezioni delle vie diger.

Tunisie Méd., ott. — F. MASSELOT e E. BLOCH. Reumatismo cardiaco d'emblée.

Presse Méd., 13 dic. — H. ROGER e A. CRÉMIEUX. Paraspasmo facciale bilaterale di Sicard.

Journ. d. Prat, 13 dic. — L. GOLDEMBERG. Trattamento del morbo di Basedow e dell'ipertiroidismo col fluoro.

Med. Klinik, 20 dic. — A. BESREDKA. L'antivirusterapia in chirurgia. Inchiesta sulla tossicità di amalgame dentarie.

Deut. Med. Woch., 19 dic. — BRUNS. La tonsillite cron. — TEUTSCHLAENDER. Il topo quale indicatore di condizioni carcinomatogene nelle case.

Presse Méd., 17 dic. — MAKOTO e al. Radiografia arteriosa nel vivo. — C. LEVADITI e L. Y. PO. Calcificazione delle lesioni tbc. sperimentali per azione dell'ergosterolo irradiato.

Surg., Gyn. a. Obst., dic. — N. TREVES e G. T. PACK. Sviluppo del cancro su cicatrici da scottature. — J. W. LARIMORE. Roentgenologia dell'appendice.

Rass. Clin.-Scientif. ecc., 15 dic. — G. VIALE. Riflessi statici e statico-cinetici.

Arch. Istituto Biochim. It., nov. — M. M. MAINO. Assorbim. dell'ormone follicolare per via gastrica. — T. ZAVATTARO. Inversione nucleare o segno di Vilez nella tbc.

Arch. Argent. Enferm. Ap. Digest. ecc., ott.-nov. — J. R. GOYENA e A. E. BIANCHI. Tumore gastrico clinicam. benigno: schwanoma mixoide. — D. GREENWAY e C. CROCE. Miasi intestin. umana. — J. J. SPANGENBERG e A. ARDAIZ. Gastroradicolite. — A. J. PAVLOVSKY e al. Ileo biliare.

Paris Méd., 20 dic. — Numero di ostetr. e ginec.

Presse Méd., 10 dic. — T. DE MARTEL e al. Il muscolo d'uccello come agente emostatico.

Brit. Journ. of Urol., dic. — Numero sull'uroselectan.

Difesa Soc., ott. — V. M. PALMIERI. Disturbi genitali delle donne che lavorano.

Brit. Med. Journ., 20 dic. — J. YOUNG. Emorragie uterine irregolari d'origine ovarica.

Journ. A. M. A., 6 dic. — A. E. RUSSELL. Polvere e malattie polmonari. — R. Mc E. SCHAUFFER. Lombaggini invalidenti.

Brit. Med. Journ., 27 dic. — D. J. HARRICS. Ormoni placentari.

Lancet, 27 dic. — M. COLPIN. Concezione del « disordine nervoso ».

Presse Méd., 24 dic. — M. LOEPER e al. Iscrizione grafica delle modificazioni di tensione del liq. cef.-rach.

Indice alfabetico per materie.

V. ASCOLI †, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXVIII Roma, 11 Maggio 1931 - IX Num. 19

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI †

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

Cura chirurgica delle nefriti.

Dott. SERTORIO MARINACCI
Docente di Patologia Chirurgica
di Clinica Chirurgica e Medicina Operatoria.

Le nefriti mediche possono a volte richiedere un intervento chirurgico: sono le nefriti acute infettive o tossiche (scarlattina, febbre tifoide, avvelenamento da fosforo, da arsenico, da sublimato): l'indicazione operatoria è data dall'anuria che resiste ai mezzi medici. la nefrite cronica che si aggrava lentamente e progressivamente, senza reagire ai mezzi medici, o le crisi acute che ne complicano l'evoluzione cronica: la nefrite dolorosa, la nefrite ematurica: le indicazioni ne sono rispettivamente l'intensità del dolore o dell'emorragia.

Ho avuto occasione di intervenire in vari casi di nefriti dolorose e su due casi di nefriti tossiche: su questi casi, alcuni dei quali ho potuto seguire per vari anni dopo l'intervento, illustrerò brevemente.

Il gruppo delle nefriti dolorose fu individualizzato dopo i lavori di Sabatier, Pean, Le Dentu, Block, Israel. Come il Rowsing ebbe per primo a notare, quasi costantemente queste speciali forme di nefriti sono accompagnate da una perinefrite sclero-adiposa, onde l'affezione dovrebbe chiamarsi più propriamente nefrite e perinefrite cronica dolorosa. In alcuni casi l'affezione può esser riferita a fatti tossici o infettivi: in altri casi s'invoca un'origine discrasica, meccanica, traumatica: pare che la gotta, il reumatismo, il freddo, l'influenza, il tifo, la coli-bacillosi, la malaria abbiano importanza. In alcuni casi nelle orine raccolte asetticamente dagli ureteri è stato trovato lo stafilococco, lo streptococco che avevano prodotto fatti di sclerosi, probabilmente consecutivi a piccoli ascessolini abortiti. Secondo Rochet la sifilide e la tubercolosi hanno grande importanza, e, fra le cause tossiche, l'alcoolismo e il saturnismo.

La capsula propria per lo più appare ispessita non uniformemente, in qualche caso si possono osservare tratti più spessi, biancastri,

duri, di aspetto cicatriziale che alla radiografia possono simulare l'ombra di un calcolo: secondo il Taddei tali alterazioni si osservano in quei punti che corrispondono a lesioni del parenchima, consistenti in fatti più o meno marcati di sclerosi renale: a volte la capsula propria è sollevata da piccole cisti. La capsula adiposa anch'essa sclerosata è aderente alla capsula propria: le orine contengono a volte piccole quantità di albumina, cilindri, emazie, mucopus, in genere alterazioni di lieve entità; in genere risulta una lieve deficienza funzionale del rene malato.

L'esame microscopico mostra una sclerosi più o meno estesa peritubulare e periglomerulare.

Il dolore è l'unico sintoma della nefrite dolorosa: dolore renale con le solite irradiazioni, provocabile con la palpazione nell'angolo costo-vertebrale: a volte è un senso di pesantezza, una dolenzia; è continuo con esacerbazioni: oltre il dolore di tanto in tanto si ha lieve ematuria e qualche traccia di albumina.

Quale la causa dei dolori?

Secondo Le Dentu il dolore è dovuto alla compressione esercitata dalla capsula dura e sclerotica sul parenchima-pachicapsulite (Fole): Israel, ritiene che le alterazioni vascolari dipendenti dalla nefrite darebbero luogo a crisi congestive, durante le quali il rene fortemente aumentato di volume non potrebbe spandersi strozzato dalla capsula indurita e inestensibile: Secondo Rowsing la genesi del dolore deve ricercarsi nella compressione che il parenchima renale congesto e aumentato di volume esercita sulle terminazioni nervose della capsula fibrosa proveniente dai nervi dorsali e lombari.

Harrison ritiene che la causa dei dolori debba ricercarsi nell'estrema distensione della capsula: secondo Pousson i dolori sono dovuti a compressione della capsula sclerotica sugli ultimi nervi intercostali, sull'ileo-inguinale ed ileo-ipogastrico.

La diagnosi è per lo più difficile: bisogna ricordare che la colica renale non è specifica di alcuna affezione renale, potendosi ritrovare in molte affezioni renali: per conseguenza più che una diagnosi diretta è una diagnosi di esclusione. Si devono anzitutto escludere le altre crisi dolorose che possono simulare la colica renale-lombaggine, la rachialgia, la colecistite, l'appendicite; i dati anamnestici, l'esame obiettivo accurato, l'osservazione ripetuta, specialmente durante le crisi dolorose, l'esame radiografico, l'esame cistoscopico, l'esame delle orine, ci forniranno dei criteri per una localizzazione renale dell'affezione. È necessario poi una differenziazione dell'affezione renale poichè la colica renale come del resto l'ematuria non è patognomonica di nessuna affezione renale.

Con i dati rilevati dall'esame obiettivo, dai criteri, anamnestici, dai risultati dell'esame cistoscopico, della cromocistoscopia, dell'inoculazione delle orine, dall'esame delle orine, cercheremo di trarre dei criteri per differenziare l'idronefrosi, la tbc. renale, il cancro.

La diagnosi differenziale più importante è quella con la calcolosi renale; infatti l'errore più frequente è quello di credere all'esistenza di un calcolo: la radiografia può per solito evitare l'errore, sebbene come la comune esperienza insegna vi possono essere calcoli piccoli che si rivelano clinicamente con ematurie anche intense, che non appaiono affatto alla radiografia e che poi sono spontaneamente eliminate con le orine: mentre al contrario zone di sclerosi renale e perirenale possono dare un'immagine radiografica simile a quella del calcolo rinforzando così il dubbio e fuorviando dall'esatta diagnosi.

Per conseguenza quasi sempre noi facciamo una diagnosi di probabilità, per esclusione.

La cura medica non è efficace: solo la cura chirurgica può dare dei risultati brillanti in caso di nefrite dolorosa e di nefrite emorragica. I metodi usati sono: la nefrolisi, la nefrotomia, la nefrectomia, lo scapsulamento, l'enervazione renale.

La nefrolisi, liberazione del rene da aderenze perinefritiche, ha lo scopo di togliere la costrizione a cui è sottoposto il rene da parte della capsula adiposa sclerosata: liberando inoltre il peduncolo renale dal tessuto fibroso che lo strozza rende più facile l'eliminazione dell'orina e agisce favorevolmente sulla circolazione sanguigna: il Durante ne ha operato quattro casi con buon risultato.

La nefrotomia difesa dal Pousson realizza al massimo la liberazione degli elementi renali da qualsiasi compressione, regolarizza la circolazione, ed ha il vantaggio di confermare o escludere la diagnosi di un'affezione che può restare oscura anche quando il rene scoperto sia stato esplorato con la palpazione e l'agopuntura. La nefrotomia ha però vari inconvenienti: anzitutto il pericolo di un'emorragia secondaria: produce inoltre un traumatismo grave non proporzionato alle lesioni, a volte minime, che s'incontrano.

Accennerò soltanto alla nefrectomia che rap-

presenta un'intervento d'eccezione applicabile solo quando i processi conservativi siano riusciti inefficaci.

L'operazione di scelta nelle nefriti dolorose ed emorragiche è lo scapsulamento renale.

Tale operazione è stata praticata con successo da molti chirurgi: lo scapsulamento ha lo scopo di decomprimere il rene, liberandolo dall'involucro fibroso: in seguito allo scapsulamento si forma una ricca neoformazione vasale intorno all'organo, quasi un circolo complementare perirenale che servirebbe a migliorare la circolazione endorenale e a produrre un effetto benefico sul processo infiammatorio: secondo altri lo scapsulamento gioverebbe essenzialmente perchè diminuisce la tensione ematica intrarenale: secondo Hülse e Litzner la decapsulazione è seguita da iperemia attiva che determina la guarigione degli ascessolini disseminati. Secondo Lapeyre la decapsulazione decomprimendo il rene ne migliora la funzione: le aderenze vascolari che si formano sono suscettibili di attivare la funzione.

Allo scapsulamento si fanno varie obiezioni: la capsula propria si riforma in tempo più o meno breve; può acquistare uno spessore considerevole, farsi aderente al rene onde si avrebbero le stesse condizioni di prima dell'operazione: per di più in seguito a scapsulamento si determinano lesioni sulla corticale consistenti in zone di sclerosi, di degenerazione dell'epitelio dei glomeroli e dei tubuli. A queste obiezioni si può rispondere che se si opera asetticamente e con tecnica esatta, le lesioni sono minime: la capsula che si riforma è lassa.

Dirò brevemente della tecnica dello scapsulamento. È da preferire sempre la rachi-anestesia specialmente quando s'interviene per anuria tossica.

Scoperto e lussato il rene con la solita tecnica si può procedere in due modi:

Si fa un occhiello sulla capsula sollevata con le pinze, s'introduce la sonda scanalata fra la capsula e la sostanza renale, s'incide col bisturi: si ripete lo stesso procedimento per due o tre volte: l'incisione si fà sulla parte mediana, dal lato convesso, da un polo all'altro: indi con la sonda, con una spatola con il dito indice si riesce in breve tempo, per lo più, a compiere lo scapsulamento: oppure si può incidere tutta la capsula col bisturi da un polo a un'altro e poi scollare i due lembi: ferite superficiali del parenchima non hanno importanza. La capsula scollata o si rovescia sull'ilo, o si asporta, o se ne formano due legamenti che possono essere adoperati per sospendere il rene. È importante ricordare che a volte la capsula aderisce alla sostanza renale e si deve allora asportare a tratti: a volte essa si presenta come formata da due foglietti che è necessario asportare.

In genere si ha un discreto gemizio che cessa con la reposizione del rene.

Si termina l'operazione suturando di prima la ferita operatoria.

Un'operazione proposta in questi ultimi tempi è l'enervazione renale. L'innervazione simpatica dei reni è fornita dal plesso renale al quale è annesso bilateralmente il ganglio aortico-renale.

Il plesso renale è formato direttamente dal terzo splacnico o nervo renale posteriore che proviene dal 12° ganglio toracico e dal 1° lombare e indirettamente dai rami nervosi che con l'intermediario dei gangli celiaci e mesenterici superiori gli provengono dal grande e piccolo splacnico e dal vago. Il plesso renale risulta essenzialmente da filetti che ampiamente anastomizzandosi fra di loro decorrono lungo l'arteria renale.

Nella nefrite dolorosa essenziale l'enervazione trova la sua indicazione anche quando senza risultato si sia eseguito lo scapsulamento. Per eseguire la enervazione è necessario isolare ed esteriorare il rene come per eseguire una nefrectomia: si isolano delicatamente gli elementi del peduncolo renale per non spostare i rami del plesso nervoso dai loro normali rapporti con l'arteria renale. Mantenendo poi separati l'uretere e la vena dall'arteria si isolano con la sonda i rami del plesso renale e si strappano con una pinza; si esegue poi la simpatectomia periarteriosa con la nota tecnica.

Altri (Pieri, Broglio) ritengono pericolosa la sezione dei nervi del peduncolo renale, poichè contengono fibre secretrici e trofiche; ritengono anche non opportuna la resezione del 12° dorsale e primo lombare, mentre secondo loro è sufficiente la sezione dei rami comunicanti del simpatico all'altezza dell'ultimo dorsale e primo lombare: in un caso rimasto senza effetto collo scapsulamento hanno avuto un risultato completo con tale operazione.

*
* *

Ho avuto occasione d'intervenire anche in due casi di anuria tossica da sublimato. Ora si sa che le nefriti acute siano esse di origine infettiva (scarlattina, febbre tifoidea ecc.) o di origine tossica (arsenico, fosforo, mercurio ecc.) sono di spettanza medica: però nel decorso delle nefriti acute possono sopravvenire accidenti contro i quali la medicina è inerme: la complicazione che più di sovente sta-

bilisce l'indicazione all'intervento è l'oliguria persistente o l'anuria che resiste ai mezzi medici.

Nelle nefriti acute secondo alcuni si tratta di spasmo capillare, fattore patogenetico della glomerulo nefrite acuta; secondo altri si tratta di ostacolo circolatorio nei glomeruli dovuto a un essudato viscoso delle anse glomerulari.

Secondo il vecchio concetto invece nelle nefriti acute si avrebbe un'infiammazione degenerativa dei glomeruli e dei tubuli con prevalenza ora della lesione dei glomeruli ed ora della lesione dei tubuli: il Volhard distingue due tipi uno con lesione esclusiva dei tubuli, un altro tipo con alterazione esclusiva dei glomeruli: questa seconda forma sarebbe di spettanza chirurgica, mentre nella prima forma la funzione renale non è mai gravemente lesa nè vi è ostacolo alla circolazione.

L'indicazione alla decapsulazione del rene è data dalla forte oliguria o dall'anuria che dura da tre giorni: e in tali casi è da ritenere che lo strozzamento dei vasi renali sia tale da generare anuria o forte oliguria (glaucoma renale di Harrison). A che cosa sia dovuto il successo dello scapsulamento non si sa con precisione: perciò si fanno varie ipotesi: l'effetto della decapsulazione è dovuto alla diminuita tensione capsulare, alla sottrazione locale di sangue, alla transudazione di liquidi interstiziali, all'iperemia susseguente, a modificazione d'innervazione.

Secondo Leber l'efficacia dello scapsulamento deve attribuirsi a modifiche fisio-chimiche del sangue: un effetto favorevole si ha ugualmente con l'applicazione di raggi R. e si constata una diminuzione del tempo di coagulazione.

Harrison fa un'incisione profonda nella regione lombare senza raggiungere il rene: egli ha notato in caso di anuria da nefrite il manifestarsi della diuresi; del resto è di comune esperienza come a volta il sanguisugio lombare possa in caso di nefrite acuta riuscire di grande efficacia, favorendo la diuresi sospesa: ne ricordo esattamente due casi: queste osservazioni stanno in favore del concetto della derivazione.

Nelle anurie da sublimato i risultati sono scoraggianti: Hoffmann in 53 casi operati ha avuto due soli successi; in vari casi soltanto ripresa transitoria della diuresi. Kummel in 4 casi ha avuto 4 decessi dopo fugace ricomparsa della diuresi. Io ho avuto occasione di operare due casi per anuria tossica da sublimato dopo tre giorni di sospensione della diuresi: si ebbe solo una ripresa transitoria della diuresi ma si ebbe ugualmente l'esito letale dopo una settimana dall'intervento.

In questi casi naturalmente è necessario eseguire lo scapsulamento bilaterale: per diminuire la durata dell'operazione che specialmente in casi simili può aver molta importanza data la gravità dei malati ho proceduto nel modo seguente: mediante rachi-anestesia (o anestesia locale) ho praticato una breve incisione lombare obliqua sufficiente per scoprire il rene che non ho esteriorato, isolato il rene con i due indici introdotti nella ferita ho praticato un'incisione su un tratto della capsula: ho fissato con due pinze di Kocher le due labbra della capsula incisa e insinuando l'indice fra essa e la sostanza renale procedendo prima da un lato e poi da un'altro, facendo poi eseguire un movimento di bascüle per scapsulare i due poli e la faccia concava, son riuscito in breve tempo a compiere la decapsulazione completa, rovesciando la capsula sull'ilo.

Si ripete la stessa manovra all'altro lato e si riesce a eseguire rapidamente la doppia decapsulazione.

Caso I. — R. L., di anni 22; entra nell'Ospedale di S. Giovanni il 7 agosto 1921. Nulla di notevole nel gentilizio e nell'anamnesi remota. Da oltre due mesi soffre di crisi dolorose localizzate al fianco sinistro con irradiazione alla coscia e al testicolo, a volte vomito e lieve rialzo termico; disturbi della minzione durante la crisi ed emissione di orina con difficoltà e bruciore.

Obiettivamente dolorabilità alla pressione nell'angolo costo-vertebrale: si palpa il polo infer. del rene s. All'esame delle orine tracce di albumina: al sedimento qualche cilindro ialino e granuloso, la radiografia negativa per i calcoli.

Operazione: 15 agosto. Rachianestesia novoc. positiva. Incisione laterale obliqua; rene voluminoso congesto, con corto peduncolo aderente alla capsula adiposa; esplorazione del rene, della pelvi, dell'uretere negativo per i calcoli. Scapsulamento, reposizione, sutura di I. Guarigione.

Rivisto il malato dopo otto anni dall'operazione asserisce di esser stato sempre bene e di non aver più avuto alcun dolore.

Caso II. — A. G., anni 22; entra nell'Ospedale al Policlinico il 10-V-22. Nulla di notevole nell'anamnesi remota: nel gennaio scorso in seguito a strapazzo sul lavoro fu colpito da dolori alla regione lombare sinistra con modica elevazione di temperatura e pare anche lieve ematuria. Stette in riposo tre o quattro giorni, poi tornò al lavoro; ebbe di nuovo gli stessi sintomi anche più gravi e perciò si ricoverò in Ospedale: dopo l'ultimo attacco accusa sempre un dolore sordo alla regione lombare. Obiettivamente appare dolente il polo inferiore del rene S. L'esame delle orine dà solo qualche emazia e traccia d'albumina. Radiografia per calcoli negativa. Cistoscopia negativa.

Operazione: 19 maggio 1922. Rachianest. nov. stov. positiva. Incisione lombare laterale obliqua; rene aderente alla capsula adiposa; presenza di chiazze cicatriziali alla convessità. La palpazione del rene, della pelvi, del primo tratto dell'uretere riesce negativa; negativa la puntura. Scapsulamento. Sutura di I. Guarigione di I. Il malato non si è potuto seguire lungamente: finchè se ne sono avute notizie, non ha più accusato alcun disturbo.

CASO III. — C. I. Entra nell'Ospedale di S. Giacomo il 3 marzo 1924. Nulla nel gentilizio e nell'anamnesi remota personale: da qualche mese l'inferma ha una serie di crisi dolorose con la sintomatologia della colica renale. Obiettivamente dolenzia spiccata all'angolo costo-vertebrale d.; dolorabilità alla palpazione nel punto ureterale inferiore: nelle profonde inspirazioni si sente il polo inferiore del rene ingrossato e dolente. All'esame delle orine tracce di albumina, qualche cilindro ialino, qualche emazia. La radiografia non rivela presenza di calcoli, la cistoscopia non rivela nulla di anormale.

Operazione: 15 marzo. Rachian. novoc. positiva. Incisione lombare obliqua: lussazione del rene ed esplorazione. Si trovano aderenze fra la capsula adiposa e la fibrosa e chiazze cicatriziali sparse nel rene. Negativa riesce l'esplorazione e la puntura per la ricerca dei calcoli. Scapsulamento. Sutura di I.

La malata rivista dopo cinque anni asserisce di esser stata sempre bene e di non aver più avuto crisi dolorose.

CASO IV. — S. M., di anni 30; entra nell'Ospedale di S. Giacomo il 20 maggio 1924. Nulla di notevole nel gentilizio ed anamnesi remota. Il malato ha avuto in questi ultimi tempi una serie di crisi dolorose con i caratteri della colica renale, al lato destro. Obiettivamente l'esame è negativo: all'esame delle orine tracce di albumina, al sedimento scarsi leucociti ed emazie. All'esame cistoscopico nulla di anormale: la radiografia negativa per la presenza di calcoli.

Operazione: 29 maggio. Incisione lombare laterale obliqua: si ampia lo spazio resecando l'ultima costola: si lussa il rene con difficoltà poichè molto aderente alla capsula adiposa sclerosata: il rene è aumentato di volume con punti induriti e punti rammolliti: l'esplorazione e la puntura riescono negative per la presenza di calcoli e di pus. Scapsulamento. Sutura di prima.

Il malato esce guarito: non è stato seguito lungamente.

CASO V. — F. M., di anni 22. Nulla di notevole nell'anamnesi remota e gentilizio. Da oltre un anno l'inferma accusa dolori alla reg. lombare d. esacerbantesi a crisi; qualche lieve rialzo termico. Radiografia per calcoli e cistoscopia negat.: all'esame delle orine ematuria microscopica. È operata nel maggio 1925 in « Casa di Cura ». Incis. lomb. obliqua, esame del rene, della pelvi e uretere che riescono negative. Scapsulamento. Guarigione di I che si mantiene da 6 anni.

CASO VI. — Suor M. A., anni 42. Nulla nel gentilizio e anamnesi remota. Soffre da mesi di crisi dolorose alla reg. lombare destra con i caratteri della colica renale: a volte, ma in modo molto più leggero, ha avuto qualche crisi a sinistra. Obiettivamente palpabile e dolente il rene destro: all'esame delle orine tracce di albumina e qualche emazia: la radiografia tanto a destra che a sinistra più volte ripetuta è negativa per i calcoli: la cistoscopia più volte ripetuta non dà alcun risultato positivo. A causa delle intense crisi dolorose, che io ho avuto occasione di presenziare, si stabilisce di esplorare il rene d. sul qualche l'inferma richiama la sua attenzione.

L'inferma è operata il 14 maggio 1926, in « Casa di Cura ». In etero-narcosi si pratica un'incisione lombare laterale-obliqua. Si trova un rene grosso, aderente alla capsula adiposa, con chiazze cicatriziali alla superficie. L'esplorazione del rene, della pelvi, del primo tratto dell'uretere riescono negativi per la presenza di calcoli; negativa la puntura. Scapsulamento. Guarigione di I. Le crisi dolorose a destra scompaiono del tutto: però dopo qualche mese dal primo intervento l'inferma accusa crisi dolorose a s. più frequenti e più intense tanto che l'inferma reclama di esser operata di nuovo: dopo 6 mesi dal primo intervento si esegue anche lo scapsulamento a s. dove si trova lo stesso reperto. Le crisi dolorose sono del tutto scomparse: sono ora trascorsi quasi cinque anni dall'intervento ed ho di recente saputo notizie che l'operata sta benissimo, nè più ha accusato dolori.

CASO VII. — Z. M., di anni 45, coniugata, con figli. Nulla di notevole nell'anamnesi e gentilizio. Da mesi soffre di crisi dolorose a destra con i caratteri della colica renale. Si palpa a destra il polo inferiore del rene destro che appare dolente. La radiografia, più volte ripetuta è negativa per i calcoli. La cistoscopia non dà alcun risultato importante: l'esame delle orine dà tracce di albumina senza presenza di elementi renali.

Operazione: 3 gennaio 1930, in « Casa di Cura ». Etero-narcosi. Incisione lombare obliqua; rene aderente alla capsula adiposa: si isola e si estrinseca: appare congesto, con punti di aspetto cicatriziale di colorito grigiastro, duri, e tratti piuttosto molli: la palpazione e la puntura riescono negative. Scapsulamento (capsula aderente). Sutura a strati: guarigione di prima intenzione. Le crisi dolorose non si son più ripresentate: la malata rivista il 22 gennaio 1931, dopo cioè più di un anno dall'operazione asserisce di non aver più avuto accessi dolorifici.

SCAPSULAMENTO IN ANURIA TOSSICA.

I. — B. T., di anni 39. Ha ingerito due pastiglie di sublimato il giorno 8 aprile 1923: è trasportata all'Ospedale della Consolazione: nei primi giorni scarsa emissione di orine e poi anuria che resiste a tutti i mezzi medici: dopo tre giorni di anuria si pratica in rachianestesia lo scapsulamento bilaterale con la tecnica esposta: si ha nei giorni successivi ripristino parziale della diuresi che arriva sino alla quantità di 500 cmc. (orina torbida ricca di albumina, con emazie, cilindri): però le condizioni generali si aggravano (singhiozzo, epistassi, polso piccolo frequente) e l'inferma muore in 6ª giornata dall'operazione.

II. — C. A., anni 18. Ha ingerito 2 pastiglie di sublimato: è ricoverata all'Ospedale della Consolazione: dopo tre giorni di anuria che resiste a

tutte le cure mediche si procede allo scapsulamento bilaterale in rachianestesia il 23 dicembre 1923. Anche in questo caso dopo un ripristino parziale più marcato che nel caso precedente, della funzione renale, si ha la morte in ottava giornata dall'operazione.

RIASSUNTO.

L'A. tratta della patogenesi della nefrite dolorosa e dell'anuria tossica: ne descrive le lesioni anatomo-patologiche: ne illustra i metodi operatori: riporta nove casi osservati ed operati.

BIBLIOGRAFIA.

DAMSKI. *Sur le traitement chirurgical des néfrites.* Journal d'Urologie, t. XXI, n. 3.

DANIEL LYNCK. *La décapsulation du rein.* New-York Medical Journal, XCIX, n. 23; in Journal d'Urolog., t. VI, 1914.

DONATI e VANNUCCI. *La chirurgia del simpatico viscerale.* Relaz. al XXXIV Congresso della Soc. It. di Chirurgia, Padova, 25-28 ottobre 1926.

ERTZBISHOFF. *Traitement des néfrites par la décortication.* Paris, 1906.

GLAGOLEW und ZWETOWA. *Zur Frage der Nieren-Decapsulation.* Zentralblatt f. Chirurgie, 1927, n. 25.

GRECO. *Le affezioni chirurgiche perirenali.* Edit. Giannotta, Catania, 1924.

LAMBERT. *De l'incision libératrice de la capsule du rein.* Revue de Chirurgie, 1927, n. 3.

LAPEYRE. *La fonction renale après la décapsulation du rein.* Journal Fisiol. et Path. général, t. XV, n. 2-15, mars 1913.

LEGUE. *Des neuralgies rénales.* Ann. des mal. des org. gén.-urin., vol. IX, n. 8-9.

LEMOINE. *Enervation double des reins dans un cas de néfrite hématurique douloureuse.* Journ. d'Urologie, t. XVI, 1923.

ISRAEL. *Ueber den Einfluss der Nierenspaltung auf. acute und chronische Krankheitesprozessen der Nieren.* Grenzengeb. d. Med. und Chir., B. 3, 1899.

HOFFMANN. *Theorie und Praxis der Nierendekapsulation bei akut. eintreten der Niereninsufficiens.* Bruns' Beitrag zur Klin. Chir., Bd. 131, S. 202.

ID. *Zur Frage der Nieredendekapsulation bei acuten Schädigungen der Nieren.* Archiv f. Klin. Chir., Bd. 120.

HÜLSE und LITZNER. *Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung der Nieredekapsulation.* Zeitschrift für die ges. exper. Medizin, Bd. LII.

KUMMEL. *Zur Chirurgie der Nephritis.* Arch. f. Klin. Chir., Bd. 98.

KURTEN. *La décapsulation des reins dans la néphrite aiguë.* Journ. d'Urologie, t. XIX, 1995.

MARION. *Traité d'Urologie.* Masson.

NICOLICH. *Contributo alla chirurgia delle nefriti.* Archivio Italiano d'Urologia, vol. I, 1925.

PIERI e BROGLIO. *La ramisezione del simpatico nella cura della nefralgia.* Archiv. ital. di Chirurgia, vol. XV, f. 5, 1926.

PEPAIRE. Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgiens de Paris, t. XX, n. 4, 1928.

POUSSON. *Indications opératoires dans les néphrites chroniques.* Journ. d'Urologie, t. III, 1913.

RAIMOLDI. Atti del III Congr. della Soc. di Urologia, 1924.

ROWSING. *Les néfrites chirurgicales.* In Journal d'Urologie, t. XIV, 1922.

RUBRITIUS. *Ueber Nierendekapsulation.* Wien. Med. Woch., 1925, n. 41.

SENATOR. *Neuralgie der Nieren.* Berl. Klin. Woch., n. 13, 1895.

SCHWARZ. *Ueber vasomotorische Nierenschmerzen.* Archiv für Klin. Chirurgie, Bd. CXL, S. 648, 1926.

VOLHARD. *Chirurgische Behandlung der Nephritis.* VI Congr. ted. d'Urologia.

ZONDEK. *La pression intrarénale et le traitement chirurgical des néfrites.* In Journ. d'Urol., t. 11, 1912.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ospedale Policlinico Umberto I in Roma - Padiglione VIII

Primario: Prof. A. CARDUCCI.

Anemia aplastica nel corso di una leucemia mieloide trattata con i raggi X.

Dott. V. CAVALLETTI, assistente.

Nel campo delle leucemie croniche la roentgenterapia conta innumerevoli successi, dal giorno che Senn e Pusej nel 1902 fecero i loro primi tentativi terapeutici. I successi debbono intendersi in senso relativo, perchè la prognosi della malattia resta assolutamente infausta: ma anche se la durata complessiva della vita non viene prolungata, essa è resa possibile nella piena attività e nella piena capacità delle forze.

Accanto ai successi la roentgenterapia segna al suo passivo, sebbene rari, insuccessi e forse danni.

Le forme resistenti ai raggi sono veramente eccezionali: per lo più si tratta di tecnica difettosa o insufficente. Meno eccezionali sono quelle forme che sotto l'azione del trattamento rapidamente peggiorano.

Per solito in questi casi si stabilisce un quadro sintomatico che ricorda in tutto la leucemia acuta: nel sangue i globuli bianchi scendono a cifre bassissime; compaiono e predominano nella formula elementi immaturi del tipo degli emocitoblasti; si manifestano i segni della diatesi emorragica, compare la febbre e l'ammalato muore in poche settimane.

Molto più rari nella letteratura sono i casi in cui si assiste alla trasformazione del quadro della leucemia in quello di una anemia aplastica, di regola rapidamente mortale.

Witcher riporta un caso sopravvenuto dopo trattamento con radio. Roas un altro dopo trattamento con raggi X, in cui venne anche praticata l'autopsia che dimostrò una intensa trasformazione fibrosa della milza e del midollo osseo con scarse isole residue di cellule midollari.

Il caso capitato alla nostra osservazione appartiene a questo gruppo per il grave quadro aplastico stabilitosi dopo il trattamento roentgenterapico, ma se ne è differenziato per l'evoluzione. Ne riassumiamo brevemente la storia:

M. B., di anni 45; entra verso gli ultimi di maggio in Ospedale presentando il quadro classico della leucemia mieloide cronica. Sebbene egli accusi disturbi minimi, l'inizio della malattia deve risalire a qualche mese addietro solo a considerare l'enorme tumore di milza che occupa tutta la metà sinistra dell'addome, scende in basso fino al pube, si unisce a destra col fegato. L'esame del sangue dava: Glob. rossi: 3.580.000; Glob. bianchi: 304.000; Hb.: 45; Val. glob.: 0,62.

Nello striscio gli elementi bianchi risultano rappresentati essenzialmente da elementi granulosi del tipo dei mielociti e dei promielociti; inoltre numerosi mieloblasti, emocitoblasti, emoistioblasti. Nulla a carico della serie rossa.

Sottoposto in primo tempo senza risultati apprezzabili a intensa cura arsenicale nel mese di luglio veniva trattato con i raggi X. Furono praticate nel mese nove sedute a distanza di tre giorni l'una dall'altra con la seguente tecnica: S. E. 35 cm. — 2ma — D. F. 30 cm. — filtro ½ Zn + 1Al — tempo 10 minuti.

Il quadro ematico seguito volta a volta si modificava rapidamente. Il 15 agosto i globuli bianchi erano discesi a 25.000: le condizioni subbiettive ed obbiettive del malato erano molto migliorate. Nell'ottobre però la cifra era risalita a 60.000 per cui con la stessa tecnica furono praticate altre quattro applicazioni di raggi X.

Dopo questa seconda serie la cifra dei globuli bianchi cadeva molto rapidamente: ai primi di novembre era a 5000; si notava una completa assenza di forme immature; la formula dava: neutrofili 72; eos. 1; bas. 0; linf. 15; mon. 6.

Le condizioni dell'ammalato intanto si facevano inquietanti; era divenuto estremamente pallido, accusava debolezza, cefalea, vertigini; aveva febbre a 39° e piccole ma continue emorragie gengivali.

L'esame del sangue non era meno impressionante: il 27 novembre dava: glob. rossi 1.200.000; glob. bianchi 800; Hb. 32; Val. glob. 1,23.

All'esame morfologico assenza assoluta di forme immature sia a carico della serie bianca che della rossa. La formula era la seguente: neutr. 56; eos. 2; bas. 0; linf. 28; mon. 14. Le piastrine erano 130.000.

Il grave quadro ematico unitamente ai fenomeni clinici facevano temere l'esito infausto a breve scadenza: si pensò allora di somministrare fegato fresco. Senza riportare tutti gli esami di sangue praticati, possiamo dire che dopo pochi giorni di tale cura le condizioni del malato migliorarono notevolmente mentre anche il quadro ematico si modificava.

Certamente non ci sentiamo autorizzati ad attribuire senz'altro alla somministrazione di fegato gli effetti ottenuti, potendo aver coinciso con una remissione spontantea, ma tuttavia il fatto resta e noi assistemmo ad un continuo e progressivo aumento della cifra delle emazie. Scomparsa la febbre, i fenomeni emorragici, le vertigini, il malato riprendeva rapidamente le forze. Nel sangue si notava una intensa policromatofilia e la presenza di numerosi normoblasti in parte policromatici in parte ortocromatici, segni cioè di vivace rigenerazione; purtroppo non seguimmo l'andamento delle emazie granulo-filamentose.

Ai primi del gennaio 1929, i globuli rossi erano saliti a 3.600.000; gli elementi bianchi invece salivano molto più lentamente e a questo momento erano solo 4100 con una formula in apparenza normale.

L'ammalato, sentendosi perfettamente bene, volle uscire dall'Ospedale; gli consigliammo di continuare a prendere il fegato fresco e l'invitammo a venire di tanto in tanto in Ospedale, onde poter seguire il comportamento del sangue. Pur continuando le condizioni generali a mantenersi ottime e le emazie a salire verso cifre assolutamente normali, gli elementi bianchi, sebbene molto lentamente, riprendevano il quadro leucemico classico. Nel giugno 1929 si era a 27.000 globuli bianchi; nel settembre a 61.000; nel marzo 1930 a 102.000.

Da allora, per ragioni da noi indipendenti, non abbiamo più potuto seguire ematologicamente l'ammalato; ma per notizie avute del tutto recentemente, abbiamo saputo che le sue condizioni generali continuano ad essere molto soddisfacenti e che a due anni di distanza dalla grave crisi subita, malgrado non abbia fatto e non faccia alcuna cura, egli attende come normalmente alle sue occupazioni.

Questo il caso clinico osservato: esso ci è sembrato degno di interesse per i seguenti motivi:

1) perchè il grave quadro di anemia aplastica sviluppatosi nel decorso di una leucemia mieloide cronica trattata con i raggi X non ha avuto quell'esito infausto che si poteva giustamente temere, ma è stato solamente transitorio;

2) per la pronta risposta dell'anemia al trattamento epatico, essendo in un mese e mezzo la cifra dei globuli rossi salita da 1.200.000 a 3.600.000;

3) sopratutto perchè conferma, nel modo più chiaro, la nozione oramai acquisita che i raggi X non guariscono in senso vero le leucemie.

Si può spingere all'estremo l'irradiazione: non per questo la cellula staminale regredisce dalla sua abnorme deviazione. Vi è perciò un momento a cui bisogna arrestarsi: arrivando

alla leucopenia si sorpassa lo scopo. La leucopenia è l'espressione della degenerazione dell'organo irradiato; e, come dice Vaquez, ciò non porta alla trasformazione regressiva di un organo deviato nella sua funzione ma alla sua morte funzionale: ciò che non è nei nostri scopi.

Roma, gennaio 1931.

RIASSUNTO.

Si descrive un caso di anemia aplastica sviluppatosi nel decorso di una leucemia mieloide cronica trattata con i raggi X e si fanno alcune osservazioni sulle particolarità del decorso.

LEZIONI.

La linfogranulomatosi.

(ASKANAZY. *Journ. de Méd. de Paris*, 19 febbraio 1931).

Il problema della linfogranulomatosi preoccupa i medici, poichè si giudica che il linfogranuloma si osserva oggi più frequentemente che prima e, come per il cancro, ci si domanda se vi è un aumento reale e progressivo della malattia o se la diagnosi giusta è posta più spesso, garentita di regola da una escissione esploratrice. Notiamo anzitutto che noi possiamo procedere all'analisi della natura del linfogranuloma esaminando il problema etiologico o apprezzando i suoi caratteri anatomo-clinici. Studieremo una dopo l'altra queste quistioni, ma, per far risaltare l'importanza dei caratteri anatomo-clinici, notiamo subito che questi ultimi hanno permesso di allargare il quadro del linfogranuloma in modo tale che noi sappiamo adesso che quasi tutti gli organi del nostro organismo possono essere presi dal male. Considerata all'inizio come una affezione essenzialmente ganglionare, il linfogranuloma è oggi riconosciuto come una malattia di cui il quadro anatomo-clinico può essere caratterizzato sia dalla predominanza delle lesioni su tale sistema, sia dalla generalizzazione della affezione.

I. NOMENCLATURA E PROBLEMA ETIOLOGICO

Non esistono molte malattie che, sotto una tale varietà di denominazioni, abbiano nei diversi paesi occupato un rango così importante. Nel desiderio, ben comprensibile in principio, di conservare per l'affezione in quistione il nome più antico, si parla ancora attualmente di malattia di Hodgkin, poichè questo autore tracciò un quadro di un insieme di stati morbosi fra i quali si trovava molto probabilmente il linfogranuloma. Per altro allora le basi anatomiche non erano ancora assai solide per permettere di distinguere i quadri clinicamente più o meno simili fra loro. Ricordiamo che la leucemia, che doveva essere per decenni la malattia più nettamente demarcata fra le affezioni iperplastiche dell'apparato ematopoietico e ganglionare, non era stata ancora scoperta. Più tardi Cohnheim introdusse per uno stato analogo, nel quale manca la modificazione leucemica classica del sangue, il termine di pseudo-leucemia, termine che ha regnato per lungo tempo a lato di quello di leucemia. Lo sviluppo ulteriore delle nostre conoscenze ci ha obbligati però a ridurre sempre più il gruppo delle pseudo-leucemie a misura che una serie di splenomegalie di ogni origine se ne distaccavano per ottenere un posto speciale nella serie dei processi infettivi. È così che il nome di pseudo-leucemia è radiato dalla nomenclatura patologica o al più viene mantenuto provvisoriamente, come ultimo vestigio di questa nozione di leucemie fantasmi, nell'anemia pseudo leucemica dei fanciulli, di Jaksch-Hayem. In Francia, Trousseau ha creato la sindrome dell'adenia e Billroth ha parlato del linfoma maligno. Si è criticato quest'ultimo aggettivo in considerazione del fatto che non si tratta di neoplasma. Ora, è esagerato dire che l'assenza di tumore maligno ci vieta di considerare maligna una malattia: noi non ci asteniamo per esempio dal parlare di sifilide maligna, di endocardite maligna, ecc. Io non posso non ricordare che, ancora fino a questi ultimi anni, ho utilizzato il nome di linfoma maligno a lato a quello di linfogranuloma, ma evidentemente è preferibile usare un termine che viene impiegato ovunque. Il nome è in ogni caso più preciso e si presta a minori confusioni che la denominazione di linfosarcoma di cui si serviva ancora Virchow. Non dimentichiamo che Virchow faceva ancora entrare i tumori infettivi ad agente specifico nella categoria dei tumori, mentre oggi noi riserviamo il nome di linfosarcoma ad un blastoma di struttura linfatica che dimostra tutte le particolarità di un vero tumore. È per le ragioni su indicate che la denominazione di linfogranulomatosi ha prevalso su tutte quelle che sono state proposte durante un secolo. Le vecchie denominazioni dimostrano che parecchi autori non esitarono a considerare questa malattia come un processo neoplastico e, per questa ragione o per altre, il problema etiologico fu trascurato o trattato in modo superficiale. Un primo progresso su questa via fu ottenuto dopo il 1885 da un piccolo numero di osservatori clinici (Ebstein, Pel), che avevano osservato dei casi di « pseudo-leucemia » con accessi febbrili, cosicchè essi avanzarono l'idea che questi casi di pseudo-leucemia potessero rappresentare una malattia infettiva alla quale il

primo di questi medici diede il nome di « febbre ricorrente cronica ».

Gli AA. citati non sono però riusciti ad isolare un agente patogeno. La situazione cambiò dopo gli studi di Askanazy del 1888, che inaugurarono una nuova era nel nostro orientamento sulla natura di queste malattie dette pseudoleucemiche infettive.

Askanazy ebbe l'occasione di fare un esame dettagliato del caso di una giovane donna che presentò il quadro clinico di una affezione febbrile accompagnata da una sorta di tumore non doloroso della regione sopraclavicolare. L'autopsia dimostrò uno sviluppo abbondante di tumori ganglionari nella regione sopraclavicolare, tracheo-bronchiale, retroperitoneale sopratutto all'ilo della milza e nel mesentere. In questi pacchetti ganglionari vi era un tessuto molto tumefatto con delle zone opache. In nessun luogo si constatò un processo tubercolare netto. Poichè il sangue non dimostrava aumento dei leucociti, fu fatta diagnosi di pseudo-leucemia febbrile. L''esame microscopico permise però di mettere in evidenza delle cellule giganti di Langhans e, nei gangli più piccoli, dei bacilli di Koch in quantità assai considerevole. Si trattava dunque di una forma particolare di tubercolosi, caratterizzata dallo sviluppo esclusivo del processo tubercolare nell'apparecchio ganglionare e dall'aspetto macroscopico insolito dei gangli tubercolosi. La scoperta di questa affezione autorizzò l'Askanazy ad affermare che esiste una affezione tubercolare generalizzata dei gangli linfatici che dà origine al quadro clinico della pseudo-leucemia febbrile. Era da domandarsi se i casi degli AA. prima citati non concernevano stati patologici simili; gli esami ulteriori dovevano rispondere definitivamente a questa quistione. Askanazy osservò successivamente dei casi in cui era impressionante la proliferazione con tendenza evidente alla necrosi. Ebbe anche ad osservare un caso in cui questi focolai necrotici localizzati nel fegato erano tinti in verde-nero dalla bile, grazie all'affinità delle zone necrotiche per i pigmenti, affinità che l'Askanazy caratterizzò più tardi come pigmentofilia delle necrosi.

Frattanto era comparso un lavoro di Paltauf e Sternberg (1898) che doveva avere una grande risonanza nel mondo medico. Questo lavoro era stato concepito nel senso della prima pubblicazione di Askanazy; gli AA. in effetti sviluppavano nella introduzione del loro studio l'idea che il quadro anatomo-clinico « pseudo-leucemico » rappresentasse una forma particolare della tubercolosi dell'apparato linfatico, forma particolare caratterizzata morfologicamente dalla tendenza dei prodotti patologici alla necrosi e dalla presenza di cellule voluminose, perfino giganti, che non corrispondono alle cellule giganti di Langhans pur esistendo forme intermediarie. Sono le cellule alle quali si dà attualmente il nome di cellule di Sternberg.

È noto con quale persistenza la discussione sia continuata attraverso gli anni per sapere se questa affezione è veramente di etiologia tubercolare. Askanazy stesso, uno dei primi, durante un Congresso nel 1904 a Berlino, si oppose a questa concezione etiologica, mettendo in evidenza che la « pseudoleucemia » tubercolare da lui descritta è un'affezione in cui i caratteri istologici di una tubercolosi caseosa sono evidenti e che gli erano noti altri quadri « pseudoleucemici » che si allontanano per la loro struttura dal tipo linfatico e in cui l'origine tubercolare non si rivela nè all'esame microscopico nè con l'inoculazione negli animali. Ma un buon numero di AA. sono rimasti attaccati per lungo tempo all'opinione dell'origine tubercolare di questa malattia, malgrado lo stesso Paltauf abbia più tardi rinunciato a mantenere questa idea. Il fatto che questa interpretazione etiologica abbia trovato tanta simpatia presso gli AA. appare in effetti di un certo peso. La pubblicazione di Fraenkel e Much provocò una grande impressione, poichè, in una quantità considerevole dei casi in quistione, gli AA. hanno potuto dimostrare la presenza delle « granulazioni di Much » nel tessuto malato di parecchi organi.

Ora, queste granulazioni sono considerate l'equivalente non acido-resistente dei bacilli di Koch. Un punto creò una piccola confusione, ed è che nello stesso articolo gli AA. riferivano un caso di leucemia in cui la ricerca di queste « granulazioni » era ugualmente positiva. Queste granulazioni, ci si domandò, sono in queste condizioni sempre l'equivalente dei bacilli di Koch o rappresentano un altro microbo? E se si tratta di bacilli di Koch, sono esse effettivamente l'agente patogeno reale di questa « linfogranulomatosi » o sono solo in rapporto con il terreno tubercolare sul quale l'affezione spesso si sviluppa? Noi conosciamo molti altri stati patologici ganglionari in cui si osserva nello stesso tempo una recrudescenza di una vecchia tubercolosi. È stato ripreso numerose volte l'esame delle granulazioni di Much nel tessuto linfogranulomatoso, ma con risultati assolutamente contraditori. Citiamo, fra gli AA. che difendevano la natura tubercolare del linfogranuloma, il Baumgarten e poi Loewenstein, di cui il primo si appoggiava in parte sulle esperienze del secondo. Baumgarten pensa con l'Askanazy che il linfogranuloma non può essere una forma di tubercolosi modificata dalla costituzione, dal terreno del malato, poichè lo stesso malato può essere contemporaneamente affetto da linfogranuloma e da tubercolosi classica specifica. La supposizione che il bacillo di Koch che darebbe origine al linfogranuloma sarebbe di virulenza attenuata è

insostenibile poichè il granuloma è più maligno della tubercolosi tipica a bacilli virulenti. Baumgarten giudica piuttosto che il bacillo debba essere di un altro tipo per provocare la linfogranulomatosi. Ora, il fatto di constatare una parentela fra il bacillo di Koch e l'agente patogeno del linfogranuloma, così come viene ammessa fra il bacillo di Koch ed il bacillo della lepra, non ci obbliga a proclamare identiche le malattie che loro sono imputabili. Quanto a Loewenstein, questo A. aveva avanzata l'idea che il linfogranuloma fosse una manifestazione tubercolare poichè egli aveva creduto di vedere nelle cavie inoculate con bacilli di Koch delle modificazioni istologiche che richiamavano le strutture linfogranulomatose. Ora il Loewenstein ha rinunziato alla sua antica idea. La tubercolosi è una malattia talmente diffusa a Vienna, che la sua coesistenza con il linfogranuloma si comprende facilmente. Numerosi osservatori hanno provato l'inoculazione del materiale linfogranulomatoso all'animale di scelta per l'infezione sperimentale della tubercolosi, cioè alla cavia, con un gran numero di risultati negativi. Askanazy inoltre ha eseguito in due riprese l'inoculazione nelle scimmie. Nella prima esperienza la scimmia fu sacrificata sei mesi dopo l'innesto di un pezzetto di ganglio linfogranulomatoso nella milza e nella cavità peritoneale, e l'autopsia non mise in evidenza alcuna alterazione patologica. Un'altra scimmia fu inoculata sotto la pelle del collo con il materiale di un ganglio cervicale granulomatoso. La scimmia visse più di un anno senza presentare fenomeni morbosi, ma un giorno morì improvvisamente di una emorragia dalla bocca. L'esame anatomico mostrò dei polmoni normali e per contro un piccolo ganglio tubercolare cervicale che aveva eroso la carotide e causato così una emorragia mortale. Questo ganglio presentava l'aspetto ordinario della tubercolosi caseosa e conteneva bacilli di Koch. Anche ammettendo che questa manifestazione tubercolare unicamente locale della scimmia sia stata conseguenza dell'inoculazione del ganglio granulomatoso dell'uomo, non potremmo tirare altra conclusione da questa esperienza che quella della presenza simultanea di alcuni bacilli di Koch nel ganglio malato di un'altra affezione. Considerando tutto, viene abbandonata sempre più l'idea che il bacillo di Koch sia l'agente responsabile del linfogranuloma. Si può ancora tentare di trovare in questo processo l'azione del virus filtrante dei bacilli di Koch, ma finora regna fra gli AA. un certo scetticismo a tal riguardo. Per contro, si considera come agente possibile un microrganismo appartenente ai corionbatteri, parenti dei bacilli della difterite.

Gli AA. americani ne hanno segnalato la presenza con l'esame batterioscopico degli organi alterati e Grumbach lo ha coltivato a varie riprese, servendosi delle culture del sangue dei malati, sangue prelevato durante gli accessi febbrili. Egli è anche riuscito a riprodurre nelle cavie una infezione cronica che si localizzava sopratutto nei polmoni e di cui l'immagine microscopica richiamava un poco la struttura dei focolai granulomatosi. Ma queste esperienze non dicono ancora l'ultima parola, poichè l'alterazione ganglionare non prevaleva mai nel quadro clinico, come è regola in patologia umana ed i bacilli pseudodifterici si trovano molto diffusi negli organismi. Il problema etiologico resta dunque sempre aperto.

II. Caratteri microscopici.

Contrariamente al progresso troppo lento del problema etiologico, le nostre nozioni anatomiche sul linfogranuloma sono molto aumentate nel corso degli ultimi decenni. Ciò che ha contribuito molto largamente all'accrescimento delle nostre conoscenze sulla patogenesi e la clinica della malattia è la costanza del suo *aspetto istologico*. In effetti, è facile, nella grande maggioranza dei casi, porre la diagnosi con certezza esaminando qualche preparato microscopico. Ecco schematicamente i caratteri istologici.

1) Anzitutto si nota la *scomparsa della struttura* del ganglio, nel quale non si distingue più la zona corticale e midollare ed in cui i follicoli linfatici sono scomparsi nell'alterazione diffusa del tessuto. La chiave di questo rivolgimento della struttura ganglionare si trova essenzialmente nel ruolo preponderante dello stroma, cioè del tessuto reticolare ed endoteliale dell'organo che esiste nella corteccia e nella parte midollare, nei seni linfatici e al di fuori di essi. Secondo le osservazioni fatte da Askanazy nei primi stadî, il parenchima linfatico può, durante un certo periodo, conservarsi ancora molto bene, entrare anche in proliferazione iperplastica, ma dopo qualche tempo esso è ridotto a spese degli elementi dello stroma in attività progressiva. Vi sono quasi sempre ancora dei linfociti disseminati o in piccoli accumuli, sopraggiungono delle cellule plasmatiche, ma l'elemento linfatico si riduce a misura che il processo progredisce. Se più tardi, spontaneamente o sotto l'influenza del trattamento radiologico, il ganglio si atrofizza e s'indurisce, l'organo è traversato da setti fibrosi più o meno larghi e la struttura antica del ganglio finisce per essere quasi irriconoscibile.

2) Un secondo carattere che serve molto alla diagnosi microscopica è dato dalle *cellule di Sternberg*.

Dall'inizio dell'affezione si può osservare che sopratutto le cellule del reticolo hanno tendenza ad ipertrofizzarsi. Appena percepibili allo stato normale nel ganglio linfatico, queste

cellule ingrossano in tutte le loro parti: protoplasma, nucleo, nucleoli, fino alla formazione di cellule giganti. Il loro nucleo diviene voluminoso, polimorfo, non raramente multiplo per amitosi o per mitosi. I nuclei sono al principio chiari, poi oscuri e questi nuclei scuri e lobati possono talora somigliare a quelli dei megacariociti con i quali del resto essi non hanno niente di comune, nè nella loro origine nè nella loro struttura intima. Si osservano talora dei fenomeni regressivi su queste cellule, ciò che aumenta ancora il loro polimorfismo. Il numero delle cellule di Sternberg varia secondo il caso e l'età del processo; al principio occorre spesso un po' d'attenzione per trovarle, più tardi il loro numero può essere grande e, in certi stadi, esse possono dominare la scena a primo colpo d'occhio. Di regola, le cellule si distinguono nettamente dalle cellule giganti di Langhans che per altro non hanno, come è noto, valore morfologico assoluto per la tubercolosi. È probabile che il virus del linfogranuloma dia origine alle cellule di Sternberg, ma l'affermare d'aver visto il virus dentro di esse sarebbe prematuro.

3) Bisogna poi ricordare la presenza frequente di *leucociti eosinofili* in seno al tessuto linfogranulomatoso, meno costanti delle cellule di Sternberg, ma frequentemente presenti. Se si cerca attentamente, si trovano di regola alcuni eosinofili talora nelle parti ricche in cellule, talora piuttosto lungo le striscie ed i setti fibrosi. Ma vi sono dei casi in cui il loro numero è considerevole, talora così grande da inondare interi campi. La loro quantità sembra aumentare con l'anzianità del processo ed è per questa ragione che ci si può domandare se l'eosinofilia è la conseguenza diretta dell'agente patogeno oppure una reazione ulteriore in rapporto con il riassorbimento del tessuto alterato.

La presenza degli eosinofili facilita l'interpretazione di un altro fenomeno che si osserva talora spontaneamente, più spesso come prodotto consecutivo alla estirpazione: i *cristalli di Charcot*. Dal tempo in cui Askanazy li vide per la prima volta, essendo ancora studente, in un ganglio « pseudo-leucemico » asportato chirurgicamente, egli ha preso l'abitudine di conservare un pezzetto del ganglio malato allo stato fresco uno o parecchi giorni per ricercare in seguito questi cristalli che si trovano nella linfogranulomatosi. È vero che essi furono osservati qua e là dall'Askanazy in un ganglio carcinomatoso con eosinofilia locale, ma in queste condizioni un errore di diagnosi non è possibile. Evidentemente, bisognerà ancora escludere l'esistenza di una leucemia mieloide. Qualche volta l'Askanazy ha visto i cristalli di Charcot al momento dell'autopsia già nei focolai granulomatosi, quando la necrosi aveva attivato la loro formazione.

4) Si arriva così a un altro carattere morfologico di questi prodotti patologici: le zone di necrosi. Notiamo anzitutto che le necrosi non sono indispensabili per caratterizzare l'aspetto istologico, come si pensava prima, ma degli isolotti di necrosi semplice o ialina e fibrinoide si notano spesso ed essi possono occupare un posto più o meno grande. Una reazione molto spiccata non si presenta sempre allo loro periferia, la presenza di leucociti neutrofili in certi tagli del linfogranuloma si spiega in parte con le necrosi, in parte con una reazione acuta di altra origine. Le necrosi non dipendono da disturbi circolatori come occlusioni vascolari, ma sembrano un effetto diretto dell'agente patogeno conformemente a quanto sappiamo dei granulomi infettivi in generale (tubercolosi, lues, morva).

5) Una modificazione frequente nel linfogranuloma è la produzione delle *trabecole ialine* e sclerosate che si elaborano per un allargamento ed una modificazione delle fibrille del reticolo o dei manicotti perivascolari. Occasionalmente queste trabecole possono essere infiltrate da sostanza amiloide. L'amiloidosi dei gangli linfogranulomatosi può svilupparsi sul posto e non è necessariamente legata all'amiloidosi generale.

L'insieme di questi caratteri è talmente tipico che la diagnosi di linfogranuloma è, di regola, delle più facili, anche nei casi iniziali quando tutti gli elementi distintivi non sono ancora presenti.

La diagnosi può essere però difficile in certi casi a decorso acuto. In questi casi, si è guidati dalle particolarità macroscopiche del quadro anatomo-clinico.

III. QUADRO ANATOMO-CLINICO.

1) Il quadro anatomo-clinico inizia ed è dominato in numerosi casi dalla tumefazione dei *gangli linfatici;* questa tumefazione è spesso localizzata all'inizio della malattia nella regione cervicale, essa può per altro stabilirsi in altri casi su altri gruppi ganglionari. Esistono inoltre dei casi in cui i gangli non sono visibili, sia che essi non prendano dimensioni considerevoli, sia che si nascondano nelle cavità del corpo, per esempio nella regione retro-peritoneale. Si ha, di regola, un interessamento progressivo dei gruppi ganglionari che, d'ordinario, formano dei pacchetti. Questa molteplicità dei gangli tumefatti è assai caratteristica, poichè si trova nella stessa regione una collezione di gangli di tutte le grandezze che restano lungamente isolati. Il tessuto periganglionare può però infiltrarsi e così parecchi gangli vicini si confondono. L'immagine macroscopica di questi gangli tumefatti, di consistenza dura è poco caratteristica; essi sono raramente emorragici, contrariamente all'aspetto dei gangli leucemici, spesso grigio-

biancastri o un po' giallastri, contenenti qualche volta dei focolai giallo-opachi necrosati. Il linfogranuloma, che prende posto nella patologia dell'apparecchio linfatico, interessa spesso anche tutto l'apparecchio ematopoietico. È così che si osserva frequentemente, ma non costantemente, una partecipazione della milza.

2) La *splenomegalia* linfogranulomatosa può condurre a tumefazioni più o meno forti della milza, di cui l'aspetto macroscopico è significativo. Essa contiene una quantità più o meno grande di nuclei più duri che il resto dell'organo, e che sono circoscritti o si perdono sotto forma di cordoni duri nel parenchima, si distinguono per il loro colore biancastro spesso marmorizzato, per delle macchie brune dovute a deposito di emosiderina. Questo aspetto variopinto, di zone bianche mescolate al fondo rosso dell'organo, ha fatto dare all'affezione della milza il nome di « milza porfido » o « milza a salsiccia ».

Vi sono dei casi in cui l'aspetto della milza suggerisce subito la diagnosi di un linfogranuloma addominale, ed in cui quasi tutto il processo patologico si svolge nella regione del ventre, nei gangli retroperitoneali e nella milza. La diagnosi viene confermata facilmente al microscopio, poichè si ritrovano tutti gli elementi istologici notati prima.

3) Osservazioni personali dell'Askanazy l'hanno portato a ritenere che l'alterazione granulomatosa del *midollo osseo* e dello *scheletro* è della stessa importanza di quella della milza nel quadro nosologico, per quanto il processo del midollo osseo spesso si nasconda e possa sfuggire anche all'autopsia, se non si esaminano attentamente le ossa. Si trovano dei focolai granulomatosi in differenti parti dello scheletro, nelle vertebre, le costole, le estremità, talora anche nello scheletro del laringe. Le lesioni anatomiche possono presentarsi sotto un aspetto molto vario. Esse possono essere difficili a notare ad occhio nudo o presentarsi come dei focolai gelatinosi oppure sotto forma di nuclei giallastri o giallo-verdastri opachi rassomiglianti a metastasi neoplastiche. Esse possono accompagnarsi a reazioni ossee diametralmente opposte, cioè a una osteoporosi infiammatoria oppure ad una osteosclerosi. La prima reazione fa comprendere che la fusione del tessuto osseo può creare delle immagini che fanno pensare ad una carie tubercolare; così l'Askanazy ha notato dei quadri simili a quello della spondilite tubercolare. In seguito, il linfogranuloma dello scheletro può condurre a delle fratture spontanee; esso può essere precoce nel quadro clinico o arrivare tardivamente. Anche qui la diagnosi microscopica non è difficile salvo nelle regioni che hanno già raggiunto uno stadio cicatriziale. Bisogna sempre ricordare che certi punti preziosi per la diagnosi istologica perdono del loro valore patognomonico nel midollo osseo, poichè si tratta di elementi ordinariamente presenti in questo tessuto, come gli eosinofili, i cristalli di Charcot, e bisogna fare attenzione ancora di non confondere le cellule di Sternberg con i megacariociti. Si ha un quadro microscopico pittoresco del linfogranuloma midollare quando il parenchima si è atrofizzato ed il reticolo in via d'ipertrofia si compone di grandi cellule reticolari a grosso nucleo lobato o a nuclei multipli.

Le conseguenze del linfogranuloma sulla composizione del sangue non sono sempre tipiche. Una leucopenia ed una eosinofilia possono prodursi senza essere costanti.

4) Mentre il linfogranuloma della *muscolatura* dello scheletro, che si propaga dall'osso, senza essere indifferente non ha un grande interesse clinico, il linfogranuloma del *sistema nervoso* è divenuto un capitolo di una grande importanza. L'Askanazy ha segnalato l'alterazione delle radici e la pachi- e leptomeningite consecutiva all'affezione dello scheletro. Per maggiori notizie vedere la tesi di Lyon in cui il soggetto è trattato in modo molto coscienzioso nel suo insieme anatomo-clinico.

5) Fra gli organi interni che possono essere sede del linfogranuloma e, ciò che è capitale, di un linfogranuloma primitivo, bisogna citare il *canale digerente*. Esso può essere interessato, non molto frequentemente a vero dire, su differenti parti del suo percorso. Cosa curiosa, a livello della regione bucco-faringea in cui si amerebbe ritrovare la porta d'entrata, a causa della frequenza della affezione dei gangli cervicali, le ricerche restano spesso negative. Per contro, nell'esofago si può sorprendere un linfogranuloma che, in un caso di Askanazy richiamava l'aspetto di un carcinoma e che potrebbe essere, in certi casi, l'inizio del linfogranuloma retro-peritoneale. Le osservazioni di linfogranuloma dello stomaco e dell'intestino aumentano senza essere frequenti e queste localizzazioni s'impongono come affezione primitiva e talora unica.

6) Più spesso si constatano focolai linfogranulomatosi metastatici in *altri organi interni* (fegato, reni, polmoni, pleure, ecc.). Sono anche da ricordare le forme granulomatose del laringe con disturbi che richiedono l'intervento dello specialista. Così le eruzioni granulomatose della pelle, che sono tali da creare delle difficoltà nella diagnosi differenziale con la micosi fungoide.

IV. PROGNOSI E TERAPIA.

La prognosi è assai seria, ma la durata dell'affezione può essere varia. Disgraziatamente il trattamento radiologico, tanto efficace nella sua influenza sui gangli patologici, non dà successi definitivi. Un trattamento causale resta ancora un pio desiderio.

C. TOSCANO.

SUNTI E RASSEGNE.

ONCOLOGIA.

La sierodiagnosi dei tumori maligni.

(J. LAVEDAN. *Paris Médical*, 21 maggio 1930).

Dalla precocità e dalla precisione della diagnosi dipende in gran parte il successo della terapia anticancerosa. A questo riguardo l'esame anatomo-patologico di una biopsia è un metodo di una precisione quasi assoluta, ma la sua utilizzazione pratica resta malauguratamente limitata ai tumori della pelle e delle cavità direttamente accessibili. La possibilità di una diagnosi sierologica costituirebbe un progresso certo, capace di modificare grandemente la prognosi del cancro.

Da più di 30 anni numerosi ricercatori si sono dedicati a questa ricerca e se i loro sforzi non sembra siano stati coronati dal pieno successo, essi meritano tuttavia di essere conosciuti.

Per chiarezza di esposizione l'A. classifica le reazioni proposte in reazioni di ordine chimico o fisico-chimico e reazioni di ordine biofisiologico.

REAZIONI DI ORDINE CHIMICO O FISICO-CHIMICO.

A) *Reazione di Botelho.* Questa reazione è basata sul principio seguente: in mezzo acido è necessario, per ottenere un precipitato nel siero di un canceroso, l'aggiunta di una quantità di soluzione jodo-jodurata minore di quella indispensabile per la precipitazione di un siero normale.

Dopo i primi lavori di controllo, Botelho perfezionò la sua tecnica iniziale. Poichè il variabile tenore in albumina dei sieri può costituire una causa di errore, egli propose di valutare preventivamente la quantità di albumina dei sieri in esame a mezzo di refrattometro e di operare successivamente in rapporti fissi, sia portando al normale, per concentrazione o diluizione, il tenore dei sieri in albumina (auto-correzione), sia facendo variare secondo questo tenore la quantità di reattivo jodo-jodurato adoperato (etero-correzione). Botelho ha inoltre precisato il modo di interpretare i risultati, specificando che la reazione è da considerare negativa quando il precipitato permette di distinguere nettamente i filamenti di una lampada elettrica, è positiva in caso contrario. Quando, malgrado una leggera flocculazione, i filamenti sono nettamente percepibili, la reazione è al limite della positività.

La reazione di Botelho, con correzione refrattometrica preventiva, ha dato ad alcuni AA. dei risultati eccellenti, la maggior parte però delle ricerche di controllo sono state poco favorevoli.

Si è cercato anche di perfezionare la tecnica della reazione, ma solo la conoscenza esatta del meccanismo della reazione permetterà forse di migliorarla.

B) *Reazione dell'albumina A di Kahn.* Cmc. 0,07 di siero di sangue sono disseccati su di un foglio di carta da filtro per 15' a 26°, in un vaso contenente del pentossido di fosforo, poi estratti per 10' a 26° in 7 cc. di una soluzione di solfato d'AzH^3 al 37,15 %. L'estratto viene coagulato al bagno-maria bollente; per mezzo di un opalometro si apprezza esattamente l'intensità dell'intorbidamento ottenuto dopo raffreddamento.

Questo metodo permetterebbe, secondo Kahn, di dosare approssimativamente la parte più idrofila dell'albumina del sangue (albumina A), a suo avviso fortemente diminuita nel sangue di cancerosi. Con il metodo di Kahn la percentuale di esattezza dei risultati è nettamente migliorata, ma si è ancora lontani dalla specificità desiderata.

C) *Reazione di Wigand,* derivante da un principio analogo a quello di Botelho, la reazione di Wigand consiste nell'aggiungere in una serie di provette contenenti 2 cc. di siero diluito in progressione geometrica, 1 cc. di soluzione fresca e filtrata di tannino 1 % e 3 gocce di soluzione di fucsina fenica molto diluita. Si esamina dopo 12 o 24 ore il deposito prodottosi. Nei cancerosi si ottiene una precipitazione a tassi di diluizione in cui non si riscontra nei non cancerosi. Per Wigand, la reazione non mette in evidenza delle sostanze proteiche specifiche del cancro, ma è l'espressione di un comportamento fisico-chimico modificato delle sostanze proteiche del siero.

Anche la reazione di Wigand non è specifica per il cancro ed è stata dal Botelho trovata costantemente positiva negli ultimi mesi della gravidanza.

D) *Reazione di Vercellotti e Pavesi.* A 5 cc. di sangue totale gli AA. aggiungono 5 cc. di acqua distillata. Dopo triturazione si filtra ed al liquido così ottenuto si aggiungono 12 cc. di nitro-cloroaldeide-glicerina per 2 cc. di filtrato. Con un sangue normale, dopo qualche ora si constata un precipitato fioccoso, sormontato da un liquido trasparente granato o rosso-ciliegia; con un sangue di canceroso il precipitato manca ed il liquido è giallo-pallido o marrone.

Anche questa reazione non presenta una reale specificità. Vercellotti e Pavesi hanno ottenuto 81,07 % di resultati esatti in casi di tumori maligni, ma un numero importante di malati non cancerosi hanno dato reazioni positive.

E) *Reazione del rosso neutro di Roffo.* Ad 1 cc. di siero limpido si aggiungono 5 gocce di una soluzione di rosso neutro di Grubler

1 ‰. Con un siero normale non si constata alcun cambiamento di colore, il miscuglio resta giallastro; se si tratta al contrario di un siero canceroso, si vede svilupparsi una colorazione rossa caratteristica. In caso di risultato dubbio, basta ripetere l'operazione nel siero addizionato con 1 cmc. di acqua distillata; è allora facile apprezzare le differenze di tonalità. Nelle mani di Roffo e dei suoi allievi il metodo sembra che abbia dato risultati eccellenti, superiori di molto a quelli del metodo di Botelho. Secondo Calderon, la reazione di Roffo, oltre al suo valore diagnostico, possiederebbe anche una reale importanza prognostica, in quanto, ripetendola dopo l'operazione, sarebbe possibile, secondo il risultato ottenuto, affermare o meno la guarigione. Le esperienze di controllo hanno dato però risultati molto meno brillanti. Le osservazioni di Hilarowicz e di Jankowska-Hilarowicz hanno dimostrato che la reazione è positiva solo in una parte dei cancri avanzati, mentre è positiva anche nelle malattie più diverse, specialmente nella tubercolosi polmonare.

F) *Reazione di Vernes.* Se si distribuisce in una serie di provette del siero umano normale e successivamente un reattivo capace di determinare una modificazione nel miscuglio, e se, restando uno degli elementi in quantità fissa, l'altro cresce regolarmente, la modificazione non aumenta in modo continuo con la dose, ma presenta delle alternative di accrescimento e di diminuzioni secondo una curva ondulata che può essere a più cuspidi; l'intensità della modificazione in ogni provetta può essere misurata al fotometro. Quando, nelle stesse condizioni di esperienza, si sostituisce al siero normale un siero patologico, l'impiego di un reattivo appropriato determina una deformazione della curva. Si tratta dunque di trovare il reattivo optimum capace di provocare lo scarto massimo fra lo scarto del siero patologico e quello del siero normale. Vernes ha dimostrato che per la sifilide questo reattivo optimum è il perctynol, per la tubercolosi la resorcina, per il cancro i sali di rame.

La reazione di Vernes per il cancro, del tutto recente, non ha subìto la prova delle ricerche di controllo, che sole permetteranno di giudicarla.

G) *Metodo di Douris e Giquel.* Per quanto non ancora controllato, questo metodo merita d'essere conosciuto per la sua semplicità.

Il siero sanguigno è un mezzo costituito sopratutto da sostanze albuminoidi in equilibrio con una certa concentrazione in sostanze saline ed in particolare in cloruro di sodio. Questo equilibrio, assai stabile nel siero normale, non lo è ugualmente quando il siero proviene da un individuo sifilitico, tubercoloso o canceroso. Questo squilibrio può essere messo in evidenza in modo molto semplice con l'acqua distillata. Aggiunta al siero, essa determina, per abbassamento della concentrazione salina, la precipitazione delle globuline. Gli AA. hanno potuto stabilire che la differenza di precipitazione, valutata in centesimi di densità fotometrica, fra un siero al quale si sia aggiunta dell'acqua distillata e un siero al quale si sia aggiunta della soluzione fisiologica è nulla per i sieri normali, oscilla fra 0 e 3 per le malattie che non determinano alterazioni fisico-chimiche del sangue, è compresa fra 3 e 10 per i sieri sifilitici ed infine è prossima al 10 o l'oltrepassa per i sieri cancerosi.

Una reazione di una tale semplicità meriterebbe d'essere ripresa e controllata.

H) *Reazione della meiostagmina precipitante.* Ascoli e Izar avevano osservato, or sono più di 20 anni, che mescolando del siero canceroso con un antigene speciale, in date proporzioni, si provocava un abbassamento della tensione superficiale, apprezzabile allo stalagmometro, ed avevano proposto, sotto il nome di meiostagmina stalagmometrica una reazione siero-diagnostica del cancro, basata su questa constatazione. Ulteriormente, Izar ha apportato al metodo delle modificazioni tecniche che lo hanno portato a proporre la reazione della meiostagmina precipitante.

Si diluiscono al 10 % in alcool metilico esente da acetone cc. 0,3 di una soluzione madre di acido ricinoleico. 1 cc. di questa diluizione è addizionato con 2 cc. di acqua distillata e 7 cc. di soluzione di cloruro sodico. Per praticare la reazione, si aggiunge 1 cc. di questo miscuglio a 2 cc. di siero fresco non emolizzato e si lascia in termostato a 37° per 24 ore. I sieri non cancerosi non presentano che una leggera opalescenza, mentre i sieri cancerosi dimostrano nel liquido chiaro una sospensione di fiocchi più o meno fini.

La reazione non è specifica. Ascoli stesso lo ammette, ma egli pensa che la sua esattezza è sufficiente, in clinica, per la diagnosi differenziale.

REAZIONI DI ORDINE BIO-FISIOLOGICO.

Poichè il siero dei cancerosi contiene dei prodotti di disintegrazione provenienti dalle cellule neoplastiche, era logico ammettere che il siero dovesse contenere degli anticorpi specifici. I tentativi di questo genere sono stati numerosi e coronati da poco successo. Nonpertanto, Fry nel 1925 ha seguito questa via realizzando un nuovo metodo.

A) *Reazione di Fry.* Da un cancro della mammella si prepara un estratto insolubile nelle soluzioni saline e nell'acetone, solubile in alcool. I sieri da esaminare sono scaldati per mezz'ora a 55°, poi diluiti a tassi variabili con soluzione fisiologica. Si aggiunge in ciascuna delle soluzioni così ottenute 1 cc. di estratto

tumorale e 1 cc. di colesterol 1 % e si porta il tutto a bagno maria a 37° per tre ore. La lettura si fa dopo 3 e 18 ore. Una flocculazione indica un risultato positivo.

La reazione ha dato la più forte percentuale di positività nei cancri degli organi addominali, inaccessibili alla biopsia, è positiva però anche in un certo numero di casi di tubercolosi, di sifilide, di suppurazione.

B) *Reazione di Lhemann-Facius.* Analoga nel suo principio a quella di Fry, ma praticata con un antigene di cui l'A. non ha rivelato la composizione, non è stata controllata che dal suo A.

C) *Reazione di Clemente.* Si mette in contatto il siero da esaminare con un estratto preparato secondo una tecnica speciale a partire da un cancro del seno. La reazione è positiva quando si ottiene al livello di contatto dei due liquidi la formazione di un precipitato anulare. La reazione non è stata controllata.

Le cause di errori in questi metodi sono numerose: una delle più importanti è l'infezione sempre possibile dei frammenti tumorali che servono per la preparazione dell'antigene.

L'esistenza nel siero dei cancerosi di fermenti e di antifermenti ha dato luogo a numerose controversie; essa ha nondimeno ispirato un certo numero di reazioni sierologiche destinate a mettere in evidenza questi fermenti e antifermenti più o meno ipotetici. Una delle più antiche e delle più studiate è la reazione di Abderhalden. Secondo la concezione di Abderhalden, l'introduzione nel sangue di elementi anormali, in uno stato molecolare improprio alla loro assimilazione o alla loro eliminazione per i reni, provocherebbe la comparsa di fermenti digestivi speciali. Ma la reazione di Abderhalden non poteva essere, a causa della difficoltà della sua esecuzione, che un metodo di eccezione. La lettura interferometrica dei risultati l'ha resa pratica.

D) *Reazione di Abderhalden combinata all'interferometria.* Il siero, ottenuto da 30 cc. di sangue è introdotto in una provetta, chiusa con un tappo di caoutchouc, centrifugato per 10' e addizionato con alcune gocce di una soluzione di cloridrato di vuzine. Il siero viene poi ripartito in una serie di provette, le une contenenti, le altre non contenenti del tessuto tumorale. Tutte le provette, chiuse con tappo di caoutchouc, vengono messe in termostato a 37° per 24 ore, poi, dopo centrifugazione, si procede all'esame interferometrico. Quando, paragonando una provetta non contenente tessuto canceroso con una che lo contiene, si ha una forte differenza, la diagnosi di cancro è certa.

E) *Enzimo-reazione.* Consiste essenzialmente nell'osservare l'azione di un siero su di un disintegrato cellulare e nel notare il tempo impiegato da questo siero per realizzare la digestione del disintegrato, fino allo stadio amino-acido. Il siero canceroso, a causa dei fermenti che si ritiene contenga, effettuerebbe questa trasformazione in un tempo più corto che il siero normale.

La reazione, praticata secondo la tecnica indicata da Rebaudi, avrebbe dato risultati superiori a quelli ottenuti abitualmente con i metodi sierodiagnostici del cancro, risultati però che meritano conferma.

F) *Reazione di Freund-Kaminer.* È basata sulla scomparsa nei sieri cancerosi dei fermenti contenuti nei sieri normali. Si fa una emulsione di cellule cancerose nel siero da esaminare. Questa emulsione è portata in termostato a 40° per 24 ore. Dopo questo tempo si fa un esame microscopico. Se si ritrovano le cellule cancerose intatte ed in numero approssimativamente uguale a quello iniziale, si conclude che il siero proviene da un soggetto canceroso. Se, al contrario, le cellule sono alterate ed il loro numero è ridotto del 50 %, si ammette l'assenza del cancro. Piccaluga alla numerazione cellulare ha sostituito l'esame interferometrico.

La reazione ha dato risultati contraddittori.

Dalla rapida esposizione fatta risulta che l'emodiagnostica del cancro non esiste ancora. Si impongono dunque nuove ricerche.

C. TOSCANO.

Cancro ed eredità.

(J. BAUER. *Wien. Klin. Woch.*, n. 5, 1931).

L'A. si è proposto di studiare se esistesse veramente una disposizione ereditaria al cancro, quale fosse la natura di questa disposizione, e che rapporti corressero tra questo fattore costituzionale ereditario e l'azione di fattori esterni, meccanici, chimici, parassitarii ed attinici.

La prova dell'ereditarietà del cancro si può raggiungere solo dimostrando che in certe famiglie la frequenza del male è superiore a quanto potrebbe considerarsi puro caso, e non è spiegabile con il contagio o altri meccanismi simili.

Ogni medico — anche di non grande esperienza — conosce famiglie in cui più membri sono colpiti dal cancro. I lavori statistici eseguiti in questo campo (sottocomitato della Commissione per il cancro, presso la S. d. N.) non hanno ancora dato risultati certi: del resto le statistiche sono infirmate dal fatto — bene messo in luce da Lubarsch — che la diagnosi di cancro degli organi interni si è dimostrata falsa all'autopsia in più che il 30 % dei casi.

Molto, ma non definitivamente convincenti, sono i casi in cui più membri di una famiglia muoiono tutti di un cancro dello stesso organo, come per es., avvenne nella famiglia

dei Napoleone, dove il Fatale, suo padre e tre suoi fratelli morirono di cancro dello stomaco.

Anche più convincente appare la frequenza con cui, in certe famiglie, si manifestano neoplasmi di per sè rari; le esostosi cartilaginee multiple, il glioma della retina (10 su 16 figli, Newton), l'angiomatosi della pelle (Ullmann), il tumore doppio dell'acustico (Gardner) ecc.

Queste, e molte altre osservazioni simili dimostrano che, in certe famiglie, esiste indubbiamente una disposizione ereditaria al cancro.

Tali osservazioni sono singolarmente confermate dallo studio dei tumori sperimentali.

Dopo le ricerche di Virchow, si sono moltiplicate le osservazioni sull'esistenza di « Krebsfamilien », tra i conigli, i ratti ecc. Vanno specialmente ricordate ed elogiate le ricerche di Maud Slyes che si occupa da oltre 18 anni di questo problema, ed ha esaminato, accuratamente anche dal punto di vista istologico, oltre 60.000 topi, facendo anche degl'interessanti tentativi di incrocio; dall'unione di un animale immune insieme con uno predisposto al cancro, si ottiene una generazione immune, onde la Slyes pensa che la disposizione al cancro sia un fattore ereditario recessivo, mentre l'immunità è un fattore dominante: anche la tendenza alle metastasi sembra soggetta a determinati fattori ereditarii (comparsa di tumori metastatici nei polmoni in quei ceppi che spesso ammalano di tumore primitivo del polmone).

Tra molte critiche, le conclusioni della Slyes hanno trovato solida conferma nelle ricerche sperimentali di Loeb e di Bernstein: e la signora Drobovolskaja ha stabilito, in modo certo, in una popolazione di 2500 topi, l'ereditarietà dei tumori primitivi.

Anche con le prove di determinazione artificiale del cancro, con l'aiuto del radio, dei raggi X, del catrame ecc., si è osservato che — pur usando metodi e modalità identiche — non si ottengono gli stessi risultati: Wood ha osservato che sotto l'azione irritante del cisticerco, in alcuni ratti compaiono tumori del fegato, in altri no.

Ricerche di Loeb e di Tyzzer sui conigli-saltatori giapponesi permettono di giungere alle stesse conclusioni.

Così, tanto la patologia umana, quanto le ricerche sperimentali e biologiche sugli animali dimostrano che esiste realmente una disposizione ereditaria sia alla formazione del cancro che alla sua localizzazione in un dato organo o apparecchio: si può quindi pensare che esista una disposizione di tutto l'organismo verso il male, e una disposizione di un organo solo.

Cominciano adesso a moltiplicarsi le descrizioni di casi in cui uno stesso individuo è stato colpito contemporaneamente, da processi neoplastici diversi e differentemente localizzati e gli Autori francesi (Verneuil) hanno parlato di « diatesi neoplastica »; allo scopo di studiare più a fondo questo allettante problema, uno scolaro del Bauer — Berta Aschner — ha esaminato un gran numero (circa 5.000) di protocolli di autopsia, dimostrando che l'associazione di due o più tumori maligni, e specialmente di benigni e maligni è relativamente frequente, tanto che non si può parlare di « caso », e che il concetto di « diatesi neoplastica » ne è rafforzato.

L'associazione di più tumori maligni è la più rara osservata, e lo si comprende agevolmente se si pensa che, in genere, l'individuo ammalato del primo cancro raramente sopravvive per ospitare gli altri; non c'è più dubbio, oggi, che accanto ad una disposizione costituzionale degli organi, esista anche una disposizione ai blastomi in genere.

Già nell'uovo fecondato debbono esistere gli elementi per il futuro sviluppo del cancro: e noi dobbiamo ammettere che si trovi in esso un « Gen » abnorme, che chiameremo K, mentre nell'uovo normale si trova un altro « Gen », che chiameremo G, e che ha un evidente potere di inibizione sulla proliferazione illimitata di un qualche tessuto: G e K sono allelomorfi).

Ogni individuo riceve dai suoi genitori una formula genica GG, GK o KK; in caso di regressività del fattore K, solo l'individuo KK sarà predisposto al cancro, in caso di predominio del fattore K lo sarà anche l'individuo GK.

Sin dal 1925 Bauer difende la teoria che la disposizione costituzionale al cancro poggia sull'azione di due fattori ereditari patologici (K e K'): in base a questa teoria egli distingue nove possibilità di combinazione di fattori genici:

1) G G G' G'	2) G G G' K'	3) G G K' K'
4) G K G' G'	5) G K G' K'	6) G K K' K'
7) K K G' G'	8) K K G' K'	9) K K K' K'

L'A. immagina che il gruppo G K esprima la disposizione generale ai blastomi, e quello G' K' la disposizione specifica di un dato organo.

Anche altri Autori ammettono oggi che la coesistenza di 2 fattori ereditarii sia necessaria per lo sviluppo della disposizione al cancro. Se il fattore abnorme K è « recessivo » di fronte al fattore normale G, è chiaro che solo l'individuo 9) sarà destinato al cancro: se uno dei due fattori (per es. K) è dominante, lo sarà anche l'individuo 6), e se anche l'altro fattore (K') domina, lo saranno anche il 5) e l'8).

Ne consegue che se i genitori sono entrambi colpiti da uno stesso tumore nello stesso organo o apparecchio, dal 50 al 100 % dei figli ammaleranno dello stesso tumore.

Se i genitori sono entrambi ammalati di cancro, ma in organi diversi, le probabilità per i discendenti sono come se uno solo dei genitori fosse ammalato: ma quando in un genitore la disposizione di un organo al cancro è dichiarata e nell'altro esiste, se pure latente, allora il pericolo per i figli è grande.

Insomma, quando i due genitori ammalati di cancri in organi diversi, non posseggono una determinata disposizione di organi, e neppure allo stato di latenza, è da aspettarsi che i figli, con sicurezza, non si ammaleranno di cancro.

Le ricerche di Van Dam, fatte su un ampio materiale umano, confermano queste vedute.

È logico dunque pensare anche, che due gemelli, nati dallo stesso uovo, debbano soffrire dello stesso cancro nello stesso organo: e ciò è stato osservato.

In quanto all'azione dei numerosi fattori esterni, cui oggi si va attribuendo tanta importanza per la patologia e l'etiologia del cancro, il Bauer crede che essi siano capaci, danneggiando un dato organo, di crearvi quel locus minoris resistentiae, che è talora ereditario ma che può, come in questi casi, essere acquisito.

Ma si può interpretare anche in altro modo codesta azione dei fattori esterni: il cancro è un problema di suddivisione cellulare, un problema di cariocitosi, un problema di cronosomi che, già secondo Boveri, vanno considerati come i portatori di quelle meravigliose energie potenziali che si dicono « stati ereditarii » o « geni ».

Ora il cancro poggerebbe appunto, secondo molti autori, su profondi turbamenti di questi cronosomi, e le cariocinesi patologiche, che noi osserviamo nei tessuti cancerigni, non ne sarebbero che l'espressione visibile.

Le ricerche di Winkler e di Emmy Stein sulla produzione di tumori artificiali nel campo delle piante, confermano del tutto queste vedute, dimostrando le singolari modificazioni della cariocinesi e le irregolarità nel comportamento dei cronosomi.

Anche per l'uomo bisogna, perciò, ammettere, che fattori esterni siano capaci di portare, anche senza una disposizione ereditaria, a mutamenti somatici che sono il fondamento della formazione del cancro: naturalmente questo avviene solo di rado, e mai dobbiamo pensare che in genere si tratti di una coppia di elementi ereditarii che inducano mutazioni somatiche nelle cellule di un dato organo, mentre l'altra coppia di elementi o è pervertita anch'essa (K K) o è incapace, per il dominare di un fattore patogeno di essa (G K) a impedire questo mutamento.

Naturalmente nè G, il « Gene » normale nè il K, il suo corrispondente patologico, rappresentano una semplice unità: essi racchiudono in sè tutto quel complesso di forze e di meccanismi regolatori (influenze ormoniche, proprietà delle cellule, ricambio materiale ecc.) che presiedono al complesso ordine di fenomeni della vita cellulare, condizionandone la capacità a sboccare nel blastoma.

V. SERRA.

ENDOCRINOLOGIA.

L'azione stimolante dei raggi X sulle ghiandole a secrezione interna.

(M. B. GORDON. *Endocrinology*, nov.-dic. 1930).

Secondo la legge di Arndt-Schultz le piccole dosi accelerano i processi vitali, le dosi medie li producono, le dosi forti le inibiscono.

L'azione stimolante dei raggi X può esplicarsi in tre modi: o modificando direttamente le cellule in modo da rendere più attiva la funzione, o indirettamente alterando le cellule circostanti ed eliminando così il loro potere inibitorio oppure producendo la stimolazione mediante sostanze chimiche liberate dall'azione dei raggi sulle cellule circostanti.

Le ricerche in proposito, osserva l'A., furono fatte su organismi unicellulari, su piante, su semi, su animali. I risultati di queste ricerche dipendono dalla dose usata, dall'oggetto dell'esperimento, dall'irritabilità di esso, dal mezzo ambiente in cui si trova, dallo stato funzionale al momento dell'esperimento.

Per quanto riguarda la suscettibilità alle radiazioni, secondo la legge di Bergonié e Tribondeau la radiosensibilità è maggiore quanto meno è differenziata la cellula.

La radiosensibilità delle ghiandole a secrezione interna è, per ordine di suscettibilità, questa: surrenale, tiroide, ovaio, ipofisi, testicolo, paratiroide.

Per l'ovaio i raggi X possono stimolarne la funzione.

Le dosi che distruggono l'apparato follicolare dando amenorrea stimolano le cellule interstiziali. Quando i disturbi mestruali sono di origine costituzionale la terapia coi raggi X rappresenta un palliativo. Questa terapia è controindicata in casi di tubercolosi, sifilide, anemia perniciosa, nefrite, malattie degli annessi, tumori. I migliori risultati si sono avuti nella cura dell'amenorrea (meno buoni però nell'amenorrea primaria). Buoni risultati si sono avuti in alcuni casi di sterilità.

Le irradiazioni dell'*ipofisi* che hanno dato i migliori risultati terapeutici sono quelle fatte nella cura di disturbi ginecologici. Le indicazioni per irradiare debolmente questa ghiandola sono: l'amenorrea (specialmente se l'irradiazione ovarica è stata inefficace), la dismenorrea, la sterilità e i sintomi subiettivi del periodo climaterico. Si hanno insuccessi nell'infantilismo, nell'amenorrea che dura da almeno 3 anni e nelle aberrazioni mestruali in

donne al disopra di 40 anni. Sono state utilizzate anche irradiazioni ipofisarie associate a irradiazioni ovariche con resultati buoni in casi in cui le irradiazioni solo ipofisarie erano state inefficaci e in casi di obesità con amenorrea. In casi di metrorragie e menorragie si sono dimostrate utili le applicazioni contemporanee sull'ipofisi e sulla milza o sull'ovaio.

Coll'irradiazione dell'ipofisi per curare l'amenorrea si vide in un caso scomparire gli attacchi epilettici di cui soffriva l'ammalata.

Fu usata pure con buoni risultati nel climaterio l'irradiazione dell'ovaio, della tiroide e dell'ipofisi.

Secondo alcuni sul climaterio l'irradiazione dell'ipofisi e della tiroide abbassa la pressione sanguigna se questa era elevata.

L'irradiazione dell'ipofisi fu pure usata nella sordità e in altri disturbi dell'orecchio, nella distrofia adiposogenitale, nell'eunucoidismo, nella malattia di Sirmons, con risultati varii.

In quanto alle *surrenali* che sono molto sensibili ai raggi X, la roentgentarapia è stata usata a piccole dosi, ottenendo un miglioramento della malattia, nel m. di Addison.

L'azione delle irradiazioni surrenali sulla pressione sanguigna è un'utopia. Piccole dosi hanno dato qualche volta nel diabete mellito diminuizione della glicemia.

Per le malattie della *tiroide*, mentre vastissima è la letteratura sullo roentgenterapia nell'ipertiroidismo, poca è nei riguardi dell'ipotiroidismo; si ebbero miglioramenti in casi di sclerodermia e di eczema.

Le irradiazioni delle *paratiroidi* non hanno, almeno per ora, applicazioni clinicamente accettabili, specialmente per la difficoltà di irradiare solo le paratiroidi senza contemporaneamente agire sulla tiroide.

Le irradiazioni sul *timo* sono state fatte nel lichen planus, nella psoriasi, nell'istiosi, con scarso miglioramento; con risultato buono si son fatte nel gozzo esoftalmico in un caso solo e sono state consigliate nell'epilessia dei bambini, che spesso cessa colla pubertà, cioè quando regredisce il timo.

Le irradiazioni sul *pancreas* hanno dato miglioramento nella tolleranza dei carboidrati in alcuni casi.

L'azione dei raggi X sui *testicoli* non ha applicazioni cliniche pratiche per ora.

R. LUSENA.

Primi risultati dell'applicazione della vagotonina al trattamento del diabete.

(D. SANTENOISE, P. LONYOT e M. VIDACOVITCH. *Bull. Acad. de Méd.*, t. CV, 2 marzo 1931).

Con una lunga serie di ricerche, condotte sin dal 1923, Santenoise ha potuto dimostrare che il pancreas riversa in circolo una sostanza vagotonizzante, che ha potuto essere separata dall'insulina ed alla quale egli ha dato il nome di « vagotonina » pancreatica. Questa sostanza si è dimostrata dotata di un potente potere ipoglicemizzante, di un carattere assai differente di quello dell'insulina e strettamente legato al potere vagotonizzante. Per mezzo del vago, la vagotonina sembra presiedere alla formazione del glicogeno epatico e possedere un compito importante nell'assimilazione e la messa in riserva degli idrati di carbonio da parte dell'organismo.

Dato che nel diabetico scompaiono le riserve glicogeniche del fegato e che l'insulina pura, non vagotonizzante, non solo non attiva o non ristabilisce la glicogenia epatica, ma sembra al contrario attivare la glicogenolisi; gli AA. hanno pensato di ottenere un'azione più efficace aggiungendo la vagotonina all'insulina, trattando cioè i diabetici con estratti contenenti i due ormoni glico-regolatori del pancreas. Gli esperimenti sono stati eseguiti su 18 diabetici. Gli AA. hanno utilizzato un miscuglio di vagotonina e d'insulina conservati in polvere in ampolle sterili. Ogni ampolla conteneva 2 centigrammi di vagotonina e 10 unità di insulina non vagotonizzante. La soluzione di questo estratto veniva iniettata sia per via sottocutanea che per via intramuscolare. Si sono osservate qualche volta delle *poussées* di orticaria, degli eritemi, accidenti che non hanno però mai presentato caratteri di gravità. In malati completamente sprovvisti di riserve idrocarbonate la prima iniezione ha dato delle leggere reazioni ipoglicemiche. Ma, fatto importante, gli incidenti ipoglicemici non si sono ripresentati nelle iniezioni successive, come se, grazie al ristabilirsi della funzione glicopessica del fegato, per opera della vagotonina, i malati diventino capaci di neutralizzare l'azione ipoglicemizzante dell'insulina.

Studiando comparativamente l'azione ipoglicemizzante del miscuglio di vagotonina ed insulina e l'azione della dose corrispondente di insulina non vagotonizzante, gli AA., in tutti i diabetici di cui il vago rispondeva al riflesso oculo-cardiaco ed alla vagotonina, hanno sempre ottenuto un'azione ipoglicemizzante più marcata e molto più duratura con l'aggiunta di vagotonina. Nei malati invece in cui il riflesso oculo-cardiaco è nullo ed in cui il vago non sembra reagire alla vagotonina, l'iniezione del miscuglio provoca una curva glicemica assolutamente sovrapponibile a quella ottenuta con l'insulina non vagotonizzante.

Dati questi risultati, gli AA. hanno voluto vedere se l'aggiunta di vagotonina all'insulina non permetta di ottenere con un piccolo numero di unità di insulina un'azione ipoglicemizzante uguale a quella che si ottiene con l'impiego di dosi elevate di insulina non vagotonizzante. I fatti hanno confermato la loro ipotesi ed essi hanno potuto, con un miscuglio di

vagotonina e insulina contenente solo 10 unità di insulina, ottenere azioni ipoglicemizzanti così nette come quelle che si ottengono con dosi di 30-50 unità di insulina non vagotonizzante.

Quest'azione glico-regolatrice della vagotonina, così netta sulla glicemia, ha naturalmente la sua ripercussione sulla glicosuria dei diabetici. Sui soggetti a vago eccitabile l'iniezione di miscuglio di vagotonina ed insulina ha generalmente esercitato sulla glicosuria una azione più netta che l'iniezione della dose corrispondente di insulina non vagotonizzante. Gli AA. hanno potuto, in 10 malati, grazie all'aggiunta di vagotonina, diminuire considerevolmente il numero di unità di insulina necessarie per mantenere, ad un dato regime, costante la glicosuria. In un malato, diabetico da poco tempo, gli AA. hanno potuto, malgrado un regime molto abbondante in idrati di carbonio, sopprimere dopo qualche giorno ogni iniezione di estratto pancreatico, senza vedere riapparire la glicosuria, come se il trattamento con la vagotonina avesse corretto per un certo tempo i disturbi glico-regolatori.

Importante è poi il fatto che gli AA. hanno potuto mantenere l'equilibrio idrocarbonato in diabetici gravi, che ricevevano prima da 90 a 120 unità di insulina al giorno, in 3 iniezioni, con una sola iniezione quotidiana del miscuglio di vagotonina e insulina.

Il miscuglio vagotonina e insulina aumenta inoltre la tolleranza agli idrati di carbonio nei diabetici, ristabilendo in questi malati la funzione glicopessica del fegato. Gli AA. hanno potuto con questo mezzo aumentare considerevolmente in molti malati la reazione idrocarbonata senza provocare o senza aumentare la glicosuria, ottenendo un aumento di peso degli ammalati e la scomparsa o la diminuzione dei corpi acetonici. C. Toscano.

Tentativi di trattamento dell'orticaria, dell'edema di Quincke e dell'eczema con un estratto splenico di maiale, molto concentrato.

(P. Vallery-Radot e P. Blamoutier. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, dic. 1930).

Thomas M. Paul in malati affetti da malattie cutanee e trattati con un estratto concentrato di milza di maiale ha ottenuto dei buoni risultati. Gli AA. hanno voluto provare questa terapia in 18 malati: 12 con orticaria recidivante con o senza edema di Quincke, 5 con eczema cronico, 1 con psoriasi. Questi casi erano stati ribelli ad ogni trattamento.

Fra i 12 affetti da orticaria, 6 sono guariti o sono considerevolmente migliorati. In 2 malati i risultati ottenuti sono stati passeggeri ed incompleti. In 2 altri l'estratto splenico non ebbe alcuna azione. 2 malati infine sono stati perduti di vista senza che si conoscessero i risultati del trattamento. Sui 5 soggetti affetti da eczema cronico, 2 sono guariti completamente; in 3 l'eczema è stato molto nettamente e rapidamente influenzato, ma di tempo in tempo si manifestano delle nuove *poussées*, per quanto molto attenuate. Il malato affetto da psoriasi non ha avuto vantaggio dalle iniezioni di estratto splenico.

Le iniezioni fatte con i primi campioni del prodotto francese erano molto dolorose. Il prodotto attuale è privo di impurità ed è quasi indoloro. Le dosi devono essere elevate e gli AA. sono arrivati ad iniettare in una volta fino a 15 cc. di estratto, corrispondenti a 150 grammi di milza. In nessun malato si sono avuti segni di intolleranza. Le iniezioni furono fatte a giorni alterni, in qualche caso, se le lesioni erano estese e molto antiche, quotidianamente, in serie di 10-12.

Ignoto è il meccanimo di azione degli estratti. Non si può pensare ad una semplice proteinoterapia, poichè gli estratti sono dealbuminizzati. C. Toscano.

Ricerche sull'attività dell'ormone follicolare somministrato per via boccale.

(M. Hinglais. *Bull. Acad. de Méd. de Paris*, 27 gennaio 1931).

Studi sperimentali compiuti recentemente in proposto dall'A. dimostrano che l'ormone follicolare è attivo quando lo si somministra per via orale, nonostante la presenza di succhi digestivi.

L'effetto cresce poi in rapporto alla dose ingerita, ma è in rapporto con il frazionamento della dose stessa, e col tempo nel quale viene ripartita la sua azione.

Secondo l'A., la ripartizione ottima sembra essere realizzata dalla somministrazione in sei frazioni divise in 36 ore, riuscendo in tal modo a provocare l'evoluzione di un ciclo estrale completo.

Si può quindi parlare di unità sotto boccale, la quale corrisponde, per il perfezionamento apportato nella tecnica della somministrazione, all'unità di follicolina utilizzata per via ipodermica. M. Faberi.

NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE.

SIR CASTELLANI prof. ALDO. *Climate and acclimatation.* Vol. in-16°, di pag. 152. John Bale a. Danielsonn. London, 1931.

In questo libro, molto utile a far conoscere l'importanza delle azioni che il clima esercita sull'uomo, sugli animali, sulle piante, l'Autore ci offre con perizia, esperienza e dati scientifici gli studi di geografia, metereologia, biologia, biochimica, inerenti alla distribuzione geografica, metereologica, epidemiologia dei singoli agenti etiologici, alla patologia, clinica, profilassi delle varie infezioni batteriche, parassitarie, micologiche, che decorrono nelle regioni tropicali e subtropicali.

Dopo aver segnato la classificazione dei climi ed i fattori che li determinano — sole, atmosfera e terra — l'A. si ferma su conoscenze geografiche e astronomiche, per determinare gli elementi del clima, la temperatura, l'umidità, le precipitazioni (pioggia, neve, rugiada) ed ancora il movimento del sole, la trasparenza e l'elettrificazione dell'aria, e poi gli effetti dell'altitudine, delle montagne, della distribuzione della terra e dell'acqua, l'ordine delle montagne, i pendii della superficie, la natura del terreno; in ultimo sono segnate le correnti oceaniche, i venti prevalenti, la precipitazione, il drenaggio, la vegetazione.

In seguito alla suddetta esposizione geografico-astronomica e meteorica del clima e dei fattori che lo determinano, l'insigne autore tratta delle malattie più frequenti in rapporto ai vari climi, alla influenza sui singoli organi e nelle glandole endocrine.

Fra le malattie che più risentono le influenze climatico-metereologiche sono esaminate: il colera, le cui epidemie vengono favorite dall'umidità e dal vento (come dimostrò Rogers nelle epidemie dell'India); la framboesia, malattia da contagio, la cui trasmissione è favorita dal clima caldo; anche le malattie da funghi non ricorrono nei climi freddi, anzi spariscono, perchè l'agente etiologico muore: ad esempio sono accennati il *Cladosporium mansoni*, agente etiologico di *Tinea nigra*, il quale muore o perde la sua virulenza nei climi temperati o freddi; parimenti il *Prichy heat*, che è una monoliasi cutanea, non si sviluppa in climi temperati o freddi.

Più attento è lo studio delle malattie ad ospite intermedio, nelle quali si nota la grande importanza del clima in rapporto alla biologia e biochimica dell'agente etiologico e dell'ospite trasmettitore: a tal riguardo sono interessanti gli studi sulle varie specie del protozoo malarico, trasmesso da specie del genere *Anopheles;* delle due specie di *Tripanosoma* umani (*T. gambiense* e *T. rhodesiense*), anche queste trasmesse da due specie del genere *Glossina* (*G. gambiense* e *G. morsitans*) in determinate condizioni geografiche e meteoriche.

Gli effetti del clima sull'uomo, riguardo alla temperatura ed all'umidità, sono segnati con vera diligenza scientifica; sono ricordati gli studi sulla respirazione, sulla circolazione, sul sangue, sulla digestione, sul metabolismo, sul sistema urinario, sul sistema nervoso, ecc.

L'uomo può sopportare tranquillamente l'alta temperatura, se l'aria è secca, ma non se l'aria è umida; l'umidità dell'aria è di grande importanza nel considerare gli effetti del clima sulla salute dell'uomo.

Non solo gli studi sull'umidità vengono seguiti con cura e ampiezza, ma anche è ricordata l'influenza dannosa dei raggi solari: questi possono determinare gravi disturbi del sistema nervoso, e dermatite paragonabile a quella da forte luce elettrica, come fu notato dallo studio citologico della pelle.

Riguardo all'acclimatazione sono ricordati gli studi che riguardano l'adattabilità dell'uomo al nuovo stato meteorologico, sorvegliando l'igiene, curando la profilassi delle malattie più diffuse, l'adattabilità del vestiario, ed evitando l'abuso dell'alcool.

Prof. CARLO BASILE.

CENNI BIBLIOGRAFICI

Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Kreislaufforschung. III Tagung. Un vol. in-8° di 150 pag., con fig., edito a cura di R. KISCH. Th. Steinkopff, Dresden e Leipzig, 1930. Prezzo RM. 15.

La Società tedesca per lo studio dei problemi del circolo, che conta circa 200 soci, tiene annualmente una riunione in cui sono discusse le questioni di attualità e portati numerosi contributi di studi e di osservazioni.

In questa III riunione tenutasi a Dresda nello scorso anno sono state portate una ventina fra relazioni e comunicazioni, che troviamo qui riunite con le discussioni che ad esse sono seguite. Fra i lavori che ci sembrano più interessanti per il medico citiamo: *Le leggi del sistema* eritrocitario (K. BÜRKER); *Ulteriori ricerche sul circolo nell'ipertensione* (S. LAUTER); *Disturbi del ritmo nell'endocardite batterica* (M. WINTERNITZ); *Iniezioni combinate di strofantina e caffeina* (L. BISCHOFF); *L'applicazione clinica delle ricerche sul circolo* (lungo studio completo di J. LINHARD); *La prestazione del circolo durante e dopo il lavoro nel sano e nel malato* (W. BANSI e G. GROSCURTH). *fil.*

A. LEMIERRE et P.-N. DESCHAMPS. *Les endocardites infectieuses.* Edit. G. Doin et C.ie, Parigi. Prezzo Frs. 16.

In questo fascicolo de « La Pratique médicale illustrée » sono passati in rassegna le varie forme di endocardite: la reumatica attenuata e maligna, la infettiva acuta, subacuta e lenta.

Più ampiamente trattata è l'endocardite maligna lenta in ragione della sua frequenza e della molteplicità dei suoi aspetti clinici.

Uno speciale capitolo è dedicato alla terapia.

DR.

M.-A. DUMAS. *Les hypotensions aiguës et subaiguës*. Editore Masson et C.ie, Parigi. Prezzo Frs. 30.

Il volume contiene la relazione integrale fatta sull'argomento al Congresso di Medicina francese del 1929.

La questione delle ipotensioni acute e croniche è trattata ampiamente sotto ogni aspetto: patogenetico, sintomatologico e terapeutico.

Interessante, sopra tutto, è lo studio delle ipotensioni nel corso delle malattie infettive, delle cardiopatie, delle affezioni viscerali, delle neuropatie, degli stati di choc e di origine endocrina. DR.

P. MICHON. *Les groupes sanguins. La transfusion sanguigne*. Edit. Masson et C.ie, Parigi. Prezzo Frs. 16.

L'A., dopo avere esposto brevemente la dottrina dei gruppi sanguigni, indica chiaramente i metodi per la loro determinazione.

Accenna all'interesse biologico della quistione dei gruppi sanguigni e ne mette in evidenza l'importanza in medicina legale ed in clinica.

La più pratica delle applicazioni è quella riguardante la scelta del datore nella transfusione del sangue, di cui sono esposte dettagliatamente le indicazioni e la tecnica. DR.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta del 28 febbraio 1931.

Presiede il prof. S. BAGLIONI, v.-presidente.

Commemorazione del prof. Vittorio Ascoli.

Aperta la seduta, il prof. BAGLIONI, vice-presidente, partecipa all'Accademia, col più profondo dolore, la perdita del presidente, prof. Vittorio Ascoli, avvenuta dopo una lunghissima, penosa malattia.

Mentre rivolge alla memoria dell'Illustre Estinto un reverente e nobile saluto, propone all'Accademia, che unanime si associa, di stabilire fin da ora che sia provveduto a degna commemorazione e ad inviare le più sentite condoglianze alla Famiglia.

Indi in segno di lutto toglie la seduta rinviando al 14 marzo lo svolgimento dell'ordine del giorno.

Seduta del 14 marzo 1931.

Presiede il prof. S. BAGLIONI, v.-presidente.

Esiste un assorbimento intestinale della gomma arabica?

Prof. G. C. BENTIVOGLIO. — L'O. premette alcune notizie sulle nostre conoscenze intorno alla utilizzazione intestinale della gomma arabica. Egli ha compiuto ricerche in merito all'eventuale scissione ed assorbimento nell'intestino del lattante cui la gomma venga somministrata insieme al latte. Partendo dal concetto sostenuto da alcuni AA. che la gomma possa essere trasformata in pentosi, ha fatto le ricerche di questi ultimi nelle urine e nelle feci. Ma nelle urine nulla ha trovato, e nelle feci ha svelato i pentosi solo incostantemente, cosicchè conclude per la possibilità di una scissione incostante e parziale negli ultimi tratti dell'intestino per opera di azioni batteriche.

Il prof. SPOLVERINI fa rilevare l'importanza di questi studi in relazione alla somministrazione della gomma arabica col latte di vacca negli allattamenti artificiali, come colloide protettore delle albumine e per ottenere una maggiore dispersione colloidale che determini nel latte di vacca uno stato chimico-fisico più vicino al latte umano.

Sulla fermentazione in vitro della gomma arabica.

Prof. G. C. BENTIVOGLIO e dott. PALESA. — Il dott. Palesa asserisce che seminando feci di bambini allevati artificialmente col latte di vacca addizionato di gomma arabica, sopra emulsioni di gomma arabica stessa, se ne può ottenere la fermentazione. Ciò non avviene invece se si seminino feci di lattanti allevati con solo latte di vacca.

Ricercando quale possa essere l'agente di tale fermentazione, l'O. riferisce che sono stati saggiati i più comuni microbi intestinali, ma con esito negativo. Nelle feci che danno fermentazione positiva non si sono potuti finora trovare batteri del tipo amilobatteri o glicobatteri, nè altri agenti particolari di fermentazione.

Il prof. AMANTEA ricorda che Berthelot asserisce che la gomma arabica può subire la fermentazione per parte di fermenti lattici e pensa che sarebbe utile eseguire controlli in merito.

La diagnosi di tumore extramidollare primitivo nello stadio radicolalgico.

Prof. T. PONTANO. — Premesse alcune nozioni generali sull'argomento, l'O. espone l'interessantissimo caso clinico di un individuo che presentava il solo sintoma di un dolore localizzato alla regione splenica, con carattere anormale, esacerbantesi nella torsione della colonna vertebrale. L'esame obbiettivo era nullo, non esistendo segno alcuno di deficit radicolare o midollare.

L'O., essendosi orientato verso la diagnosi generica di radicolalgia, eseguì la puntura lombare e poi l'indagine col lipiodol, arrivando alla diagnosi di tumore extramidollare primitivo della radice corrispondente alla 6ª vertebra dorsale. Questa diagnosi precoce permise un intervento egualmente precoce (prof. R. Bastianelli) con esito in perfetta guarigione. Circa la natura del tumore, questa risultò essere un meningeoma (riportabile agli endoteliomi). (Il lavoro è stato pubblicato in questo periodico (Sez. Med., n. 4).

Il prof. AYALA si associa al prof. PONTANO nell'affermare la necessità di diagnosi molto precoce in casi simili, ed insiste sulla utilità delle doppie punture lombari, sopra e sotto la localizzazione e delle inoculazioni extradurali di lipiodol. Circa la natura dei tumori extramidollari rileva come per lo più si tratti di neurinomi benigni.

Il prof. PONTANO ringrazia il prof. Ayala e, nei riguardi ai metodi d'indagine, fa alcuni rilievi circa la opportunità di adottare il procedimento sistematico da lui seguito nel caso esposto.

Il Segretario: V. PUNTONI.

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Seduta del 5 marzo 1931.

Presidente: Prof. JADER CAPPELLI.

Il prof. G. CAVINA riferisce *su due casi di linite plastica*, con osservazioni cliniche, radiologiche ed anatomo-patologiche.

Sopra un caso di eunucoidismo tardivo di Falta, sindrome iniziale di un tumore della sella.

Prof. A. LUNEDEI. — L'O. presenta un caso in cui la sindrome di Falta si è presentata come manifestazione iniziale di un tumore della sella. L'O. prende occasione della presentazione del caso per discutere le teorie recenti sulla fisiopatologia del sistema diencefalo-ipofisario.

Testicolo e rigenerazione muscolare.

Prof. O. BARTOLI e dott. R. PAZZAGLI. — Gli OO. hanno condotto ricerche per stabilire l'influenza dell'estratto testicolare totale sui processi rigenerativi del tessuto muscolare striato. Hanno adoperate le cavie come animali da esperimento, praticando ad esse una sezione trasversale dei gastrocnemi e sottoponendole ad iniezioni di estratto totale fresco di testicolo di cavallo. Tale estratto, che veniva rinnovato ogni 7-8 giorni, era dagli OO. preparato pestando la ghiandola in mortai con polvere di vetro sterile ed aggiungendo 100 cc. di soluzione fisiologica ogni 20 gr. di testicolo. Gli animali così trattati, venivano tenuti in vita da un minimo di 2 ad un massimo di 90 giorni. Le sezioni istologiche condotte nel punto in cui erano state recise le fibre muscolari hanno dimostrato che negli animali sottoposti ad iniezioni di estratto testicolare si aveva una formazione più abbondante di tessuto di granulazione (linfociti, cellule epitelioidi, fibroblasti) che subiva successivamente un processo di maturazione molto più rapido di quello che non fosse dato di notare nei controlli e nelle cavie iniettate con proteine eterogenee. I processi rigenerativi a carico delle fibre muscolari recise erano, negli animali trattati con estratti testicolari, identici a quelli osservati nei controlli.

Sopra alcune apparenze strutturali citoplasmatiche nell'epitelio della cistifellea umana rilevate in materiale operatorio.

Dott. V. GONNELLI. — Su numerose cistifellee umane provenienti dalla sala operatoria, e fissate in formalina immediatamente dopo l'asportazione chirurgica, l'O. ha eseguito la impregnazione argentica seguendo la tecnica di Rio-Hortega per il condrioma della cellula nervosa. I risultati sono stati buoni. Nell'epitelio sono stati messi in evidenza delle strutture che con tutta probabilità appartengono all'apparato condriosomico. L'O. descrive minutamente tali strutture e mette in rilievo l'importanza che ha assunto, in questi ultimi tempi, il metodo della impregnazione argentica per lo studio delle fini strutture cellulari.

Sindrome adiposo-genitale e acanthosis nigricans da probabile lesione infundibolare.

Dott. C. MAZZANTI. — L'O. illustra un caso clinico caratterizzato da tre sintomi principali: 1) adiposità diffusa cospicua (136 Kg.); 2) crisi di sonno invincibile; 3) impotenza sessuale completa. Inoltre poliuria discreta, senza glicosuria e una dermatosi del collo e ascella col quadro classico dell'Acanthosis nigricans. Tutti i sintomi sono iniziati contemporaneamente tre anni or sono. Tale sindrome è da riportarsi a una lesione neuro-endocrina che colpisce verosimilmente il pavimento del III ventricolo e la ipofisi.

Non si può escludere un tumore soprasellare, anche se i reperti oftalmologici della sella turgica furono negativi. Il caso è interessante per la forma cutanea, generalmente associata a tumori addominali che ledono il simpatico addominale; questa volta invece essa dipende probabilmente dalla stessa alterazione neuro-endocrina.

I Segretari: L. PICCHI-P. NICCOLINI.

Società Medico-Chirurgica di Padova.

Seduta del 27 marzo 1931.

Presidente: Prof. GIOVANNI CAGNETTO.

Tubercolo sperimentale del cervelletto.

Prof. G. ZANETTI. — Comunica i primi risultati delle sue ricerche sperimentali sul tubercolo conglomerato dei centri nervosi. Fino ad ora il tubercolo sperimentale del cervelletto non venne ottenuto per via indiretta e ne espone le molteplici ragioni. Egli ha sperimentato nella cavia. Pre-

senta preparati macroscopici ed istologici del tubercolo del cervelletto ottenuto con ceppo umano.

Riferisce sull'analogia strutturale col tubercolo dell'uomo in sede analoga. Per le ulteriori ricerche di fine istologia e della patogenesi rimanda ad altro lavoro in corso di pubblicazione.

Sulla valutazione clinica dell'efficenza cardio-circolatoria.

Prof. E. PESERICO. — Il maggior consumo di ossigeno di un organismo che compie un dato lavoro può, in alcune circostanze, protrarsi per un certo tempo anche oltre la cessazione del lavoro.

Hill ha denominato « debito d'ossigeno » la quantità di O_2 che continua ad esser consumata in più dopo che il lavoro è cessato; e a parità di lavoro il debito di ossigeno è in ragione inversa della capacità del circolo ad adeguare l'apporto al consumo di ossigeno.

Su questo principio l'O. ha elaborato un metodo semplice che permette di valutare clinicamente l'efficenza cardio-circolatoria in funzione del debito d'ossigeno.

Ricerche sul ricambio gassoso nei cardiopatici.

Dott. G. RENOSTO. — In confronto a quanto si osserva negli individui normali, nei quali uno sforzo determina un rapido e cospicuo aumento del Q. R., l'O. ha dimostrato un corso di ricerche sul ricambio respiratorio nei cardiopatici, che il Q. R. scende con grande facilità, in seguito ad uno sforzo anche piccolo, che non determina altre manifestazioni, a valori al di sotto di 0,70 con un minimo nei casi osservati, di 0,60.

Questa caduta del Q. R. si palesa come dovuta ad un ritardo nella eliminazione dell'CO_2, la quale comparendo nelle fasi successive allo sforzo, determina una ripresa del Q. R. stesso.

Quindi le modificazioni del Q. R. si dimostrano sensibile reattivo degli squilibri circolatorii indotti dallo sforzo nei cardiopatici.

Sporotricosi sperimentale delle vie aeree superiori.

Dott. F. RODIGHIERO. — L'O. illustra due casi di sporotricosi sperimentale delle vie aeree superiori combinati a sporotricosi generalizzata ottenuta in gatti mediante inoculazione sottocutanea di brodo coltura di Gougerot da un ceppo di sporotrico di Schenck. Valorizza la ricerca anche dal punto di vista pratico facendo osservare che la diagnosi dell'affezione morbosa micotica può essere facilmente fatta da qualunque specialista con esigui mezzi.

Azione combinata degli estratti di timo e dell'adrenalina sulla glicemia.

Prof. M. MESSINI. — L'O. ha in precedenza dimostrato che estratti di timo provocano una lieve iperglicemia in coincidenza di una diminuzione del fosforo nel sangue.

Nel corso di ricerche riguardanti lo studio d'un antagonismo tra timo e midollare surrenale, l'O. ha voluto vedere come potesse conciliarsi col detto antagonismo, il fatto che sia l'adrenalina sia gli estratti di timo provocano iperglicemia.

Ha osservato che l'organismo, all'adrenalina iniettata nel momento in cui l'estratto di timo dà per se stesso iperglicemia, reagisce con forte iperglicemia. Ma l'estratto di timo, iniettato contemporaneamente all'adrenalina, diminuisce notevolmente o abolisce anche del tutto l'iperglicemia adrenalinica.

Considerando le dosi di estratto timico che sono attive e i risultati ottenibili con altri estratti, sembra notevole l'importanza dell'azione del timo sul ricambio dei carboidrati.

L'O., a seguito di ricerche sue riguardanti l'azione del timo sul ricambio dei carboidrati e l'antagonismo tra timo e midollare surrenale, ha voluto vedere come potesse conciliarsi il detto antagonismo col fatto che sia l'adrenalina sia il timo provocano iperglicemia. È apparso particolarmente importante il fatto che l'estratto timico diminuisce notevolmente o abolisce del tutto l'iperglicemia adrenalinica.

Il Segretario: Prof. G. ZANETTI.

Società Medico-Chirurgica Bergamasca.

Seduta del 28 marzo 1931.

Presidenza: Prof. D'ALESSANDRO.

L'osteo-sintesi nelle fratture chiuse ed i suoi risultati.

Prof. LUSSANA. — Espone le indicazioni delle riduzioni cruente e dell'osteo-sintesi nelle fratture chiuse, ribadendo il concetto di massima che le riduzioni incruente sono la regola e che danno ottimi risultati eseguendole d'urgenza nelle prime 12 ore del trauma. Presenta 14 soggetti operati di osteo-sintesi: 3 alla rotula, 6 al femore, dei quali 5 fra gli otto ed i quindici anni, 4 alla gamba ed 1 all'avambraccio. I risultati controllabili sul soggetto guarito, sono tutti ottimi. Perciò conclude che l'osteo-sintesi nelle sue ristrette indicazioni, dà ottimi risultati quando sia correttamente eseguita con lo strumentario specializzato.

Della frattura sopracondiloidea dell'omero nella infanzia e del suo trattamento.

Prof. LUSSANA. — Espone l'anatomia patologica ed i criteri del trattamento di questa speciale frattura dell'infanzia. Insiste sulla necessità della riduzione d'urgenza nelle prime 12 ore, in narcosi, immobilizzazione 10 giorni in flessione massima, poi per otto giorni posizione alternata in flessione ed in estensione, infine arto libero e niente massaggi. Presenta parecchi casi e radiografie ad illustrare questi criteri.

Concause morbose.

Prof. RAFFAELLI. — In una interessante comunicazione, l'O. tratta delle concause morbose, con numerose citazioni di fatti corredati da ricerche personali; dimostra l'importanza e la varietà di queste concause, dalla stagione all'abitazione al lavoro, alla alimentazione, al fattore topografico, presentando fra l'altro, una carta topografica della Provincia di Bergamo per la distribuzione della mortalità infantile.

Tratta quindi della Metereologia in rapporto alla Medicina, riferendosi specialmente all'opera del Centro medico metereologico del Lido di Venezia, diretto dal prof. Ceresole.

Il Segretario: Dott. M. CAMPLANI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Disturbi digestivi da ingestione di amido crudo.

L'amido crudo è difficilmente digeribile dall'uomo e provoca nell'intestino di questo delle fermentazioni talora nocive. Ora, le fermentazioni intestinali degli idrati di carbonio costituiscono un disturbo digestivo molto frequente, anche se non si manifesta con fenomeni clinici; tali fermentazioni sono indubbiamente aumentate quando si ingerisce dell'amido crudo.

Le forme in cui l'amido crudo viene più spesso ingerito nei nostri paesi sono le seguenti.

1) La farina con cui i fornai spolverano il pane dopo la cottura; talvolta se ne accumula una certa quantità nelle anfrattuosità della crosta; tale amido può ritrovarsi nelle feci e favorire delle fermentazioni già esistenti.

2) Il riso (od anche la pasta) poco cotto, con chicchi insufficientemente rigonfiati, che scricchiolano sotto i denti; analogamente si può dire per la tapioca.

3) Secondo R. Goiffon (*Presse médicale*, 24 genn. 1931) la sorgente più comune (almeno nelle grandi città) di amido crudo è data dalle banane.

Nei nostri climi, la banana subisce una maturazione artificiale, in cui i grani d'amido sono soltanto in parte saccarificati. È questo il solo frutto che contiene dell'amido crudo. L'esame delle feci di un individuo che ha mangiato delle banane è tipico: si vedono i granuli d'amido ovoidi raggruppati però 2-3 in un involucro cellulosico; hanno struttura concentrica e sono attivi alla luce polarizzata. La banana cruda può essere considerata come uno degli agenti più violenti di fermentazioni intestinali. Essa è prescritta spesso nella colite e va considerata non già come alimento, ma come un medicamento attivo.

L'ingestione di amido crudo viene consigliata nei casi di fermentazioni deficienti, sotto forma di banane (1-2 al giorno) o di amido (un cucchiaino da caffè). Ma talvolta gli effetti prodotti sono troppo violenti, provocando degli incomodi gas intestinali, sicchè è meglio sostituirvi il lattosio od il latto-siero.

Sopratutto, quindi, in quanto che il suo amido crudo può provocare e mantenere degli stati colitici penosi, talvolta anche gravi.

fil.

Colite da "Balantidium coli".

Ridder (*Münch. Med. Woch.* n. 7, 1931) riporta un caso che gli permette di fare alcune osservazioni sulla patogenesi di certe forme di colite e sulla loro cura.

Si trattava di un giovane, africano di 24 anni. sofferenze di diarree intense con feci ricche di muco e di sangue: nulla di particolare all'esame obbiettivo, salvo un deperimento notevole: nel sangue 9 % eosinofili. Nelle feci venne trovato il *Balantidium coli*, e il malato migliorò notevolmente con l'uso dell'Emetina: anche la radice d'ipecacuana dà buoni risultati, e varrebbe la pena di sperimentare lo Yatren 105, così efficace nella dissenteria.

L'A. si trattiene brevemente su le manifestazioni cliniche della malattia e conclude affermando la necessità di un accurato esame delle feci, anche in questo senso, tutte le volte che si abbiano queste diarree intense, con deperimento generale.

[Nella bibliografia non è citato il recente articolo sullo stesso argomento di un A. italiano, il Penso, comparso nel *Policlinico*, Sezione Pratica, 1931]. V. SERRA.

La patologia della colite cronica ai tropici.

Il termine di « colite » è usato clinicamente per indicare varie affezioni oscure del crasso, caratterizzate da diarrea o da espulsione di muco o sangue con le scariche. La patologia di queste affezioni non è stata descritta chiaramente; lo stesso termine di colite presuppone che vi sia uno stato infiammatorio. Si riscontrano diversi gradi di lesioni dal catarro superficiale della mucosa fino all'ulcerazione ed alla totale distruzione ed alla desquamazione, sicchè la descrizione anatomo-patologica delle lesioni varia a seconda del gruppo a cui appartiene la colite.

Da uno studio di T. B. Menon (*Indian journ. med. research.*, luglio 1930) fatto su 800 casi, risulta che la dissenteria bacillare tende a dare lesioni infiammatorie, mentre quella amebica dà degenerazione e necrosi. Appunto a lesioni di dissenteria cronica, si deve attribuire il 60 % dei casi fatali di diarrea cronica o di colite cronica di origine indefinita, che si osservano nei tropici.

In qualche caso si osserva uno stato atrofico di tutte le tuniche dell'intestino, del crasso come del tenue, di cui non è stata determinata l'esatta natura. *fil.*

Pseudomixoma dell'appendice.

F. Zanardi (*Arch. It. di Chirurgia*, fasc. 6, vol. XXVI), praticando l'appendicectomia in una donna che aveva avuto ripetuti attacchi dolorosi, ha osservato che l'appendice presentava una tumefazione del volume di una noce e contenente una sostanza gelatinosa. In corrispondenza della tumefazione il lume dell'appendice era ostruito.

Fondandosi sul reperto microscopico, l'A. ritiene che questa affezione sia dovuta ad una trasformazione mucosa degli elementi epiteliali e specialmente di quelli connettivali della pa-

rete dell'appendice stessa. Ammette che detta trasformazione mucosa sia da mettersi in rapporto con una attenuazione dello stimolo infiammatorio entro una porzione di appendice esclusa.

L'A. accetta l'ipotesi di un nesso etiologico tra l'appendicite cronica gelatinosa ed il così detto pseudomixoma del peritoneo da processo vermiforme. A tal proposito è da ricordare che Margarucci (*Bollett. e Atti della R. Accademia di Roma*, anno LI) ha osservato in una donna una raccolta muco-gelatinosa, bene incistata ed adiacente alla parte terminale dell'appendice. Non vi era dilatazione dell'organo, ma soltanto i relitti di flogosi intensa, che ne aveva obliterato la porzione iniziale. In questo caso l'A. parla di pseudomixoma peritoneale, di origine appendicolare circoscritto.

V. GIRMENIA.

Gli attacchi intestinali evolutivi nella tubercolosi.

S. Bonnamour e P. Berney (*Journ. de méd. de Lyon*, 5 luglio 1930) osservano che la tubercolosi intestinale secondaria non presenta sempre l'evoluzione classica progressiva e senza remissioni che si ha all'ultimo stadio o nelle forme ad evoluzione rapida, in quanto che si osservano abbastanza spesso dei lunghi periodi di remissione.

Dal punto di vista anatomico, fra le forme ipertrofiche e la tubercolosi ulcerosa diffusa secondaria, vi sono la forma ulcero-infiltrante e quella ulcerosa localizzata, che si hanno su malati ad evoluzione polmonare lenta e stabilizzata. Tali forme iniziali devono essere riconosciute precocemente se non si vuole lasciar passare il periodo chirurgico della loro evoluzione, che si fa normalmente verso la diffusione delle ulcerazioni.

A queste lesioni limitate, corrisponde una sintomatologia spesso frusta, che talora scompare a periodi, pure persistendo i segni radiologici.

L'evoluzione ad attacchi successivi può essere considerata come uno dei caratteri più fedeli di questa tappa localizzata della tubercolosi intestinale.

L'attacco intestinale evolutivo può presentare l'andamento clinico di un attacco polmonare oppure quello di un episodio diarroico febbrile.

Mentre il primo tipo è di difficile differenziazione, l'attacco diarroico attira subito l'attenzione; la diarrea dopo il trattamento con i sali di oro è un prezioso segno di allarme.

Gli attacchi cecali di Burnand sono caratterizzati dall'inizio improvviso, dall'intensità dei dolori e dalla presenza di elementi peritoneali.

La ripetizione degli accidenti ed attacchi permette di eliminare una diarrea banale. L'esame radiologico fornirà informazioni sulla sede delle lesioni e sulla loro estensione. Si trovano delle anomalie del transito che costituiscono dei segni di probabilità: stasi ileale, ipercinesi colica, associazione di entrambe. ipermotricità globale. Si possono avere delle immagini vacuolari, l'immagine di Stierlin, delle anomalie nei contorni del cieco, di cui il margine esterno può essere rigido o dentellato.

La comparsa della complicazione intestinale è rara prima del secondo anno della forma polmonare. Essa può osservarsi in tutte le forme. Si assiste talora al risveglio delle lesioni polmonari dopo l'episodio intestinale, ma si ha più spesso perfetta indipendenza.

La diagnosi precoce può portare ad intervento curativo. *fil.*

TERAPIA.

Il trattamento delle algie nei tubercolotici.

J. Paraf (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 26 gennaio 1931) osserva che i dolori sono frequenti nel corso della tubercolosi polmonare. Si tratta generalmente di algie toraciche con irradiazioni varie. Questi dolori sono in relazione intima con le lesioni pleuro polmonari in evoluzione e la loro terapia è essenzialmente legata a quella della malattia causale.

Ma i tubercolosi presentano frequentemente altri dolori che, sia per la loro localizzazione, sia per i loro caratteri, sia per la loro evoluzione sembrano legati in modo molto meno intimo alla tubercolosi o anche sembrano affatto indipendenti da questa malattia.

Si tratta in genere di algie cervico-brachiali, di sciatiche, di lombaggini in soggetti indubbiamente tubercolosi con bacilli nell'espettorato. Naturalmente in un tubercoloso la diagnosi di algia primitiva essenziale *a frigore* dev'essere ammessa con la più grande circospezione. In tutti i casi l'A. ha ricercato tanto clinicamente che radiologicamente e con la puntura lombare l'esistenza di un focolaio tubercolare causale: compressione da parte di una vertebra, di un ganglio, di un ascesso tubercolare. Ma ha trovato solo eccezionalmente questi fatti. Nella grande maggioranza dei casi gli esami restarono negativi e l'A. pose la diagnosi di sciatica, di lombaggine, di algia cervico-brachiale essenziale, ed applicò il trattamento abituale fisioterapico (diatermia) e sopratutto le iniezioni locali di lipiodol, che portò nella più parte dei casi la guarigione di questi malati.

L'A. ritiene pertanto che in casi simili la concomitanza dell'algia e della lesione polmonare tubercolare rappresenti solo una coincidenza patologica, coincidenza interessante a conoscere per poter far beneficiare in molti casi i malati di una terapia inoffensiva ed efficace.

C. TOSCANO.

La cura della nevralgia del trigemino.

G. Pieri (*Arch. It. di Chirurgia*, vol. XXVII, fasc. 3) allo scopo di controllare l'efficacia dell'intervento sul sistema nervoso simpatico nella nevralgia del trigemino, ha praticato in tre casi di nevralgia totale la resezione del ganglio cervicale superiore del lato malato, dapprima proposta da Jaboulay, Cavazzini ed altri. I risultati sono stati variabili: in un caso ha avuto un miglioramento lieve durato alcune settimane; in un secondo caso un miglioramento così grande da far pensare ad una guarigione, seguito dopo due anni da recidiva; nel terzo caso un miglioramento notevole che si mantiene da cinque anni.

Circa i possibili meccanismi di influenza di tale intervento l'autore crede che, per gli intimi rapporti anatomici che esistono tra l'innervazione simpatica proveniente dal ganglio cervicale superiore e l'innervazione del trigemino, sia da ammettersi l'ipotesi emessa da Jaboulay, il quale attribuisce il benefico effetto della resezione del ganglio cervicale superiore allo stabilirsi di processi degenerativi nervosi nei centri del trigemino. Però è difficile comprendere la ragione della incostanza dei risultati.

Pertanto tale resezione è da consigliare nei soggetti di età avanzata che potrebbero mal sopportare il grave intervento sul ganglio di Gasser, e nei casi di nevralgia atipica in cui l'operazione sul ganglio di Gasser di solito riesce inefficace. V. GIRMENIA.

La coccigodinia ed i dolori funzionali del retto.

La coccigodinia è quel dolore che, localizzato al coccige ed alla regione sacro-coccigea, si irradia verso la vescica ed il perineo. Si tratta soprattutto di una malattia femminile, che ha un esito favorevole dopo qualche settimana. Gli analgesici comuni ed il riposo in letto portano sollievo. Bonorino Udaondo e Sanguinetti (rif. in *Journ. des praticiens*, 28 febbr. 1931) consigliano, in casi ribelli, le iniezioni di alcool (2 cmc. al 70 %) praticate direttamente nel punto della maggiore sensibilità alla compressione. Di solito, la scomparsa completa del dolore si ha dopo 2-3 iniezioni a 4-5 giorni d'intervallo.

Per i dolori funzionali del retto e dell'ano, i suppositori calmanti sono, generalmente, efficaci. Le docce tiepide generali con docce calde, della durata di 3 minuti alla regione sacrale danno pure buoni risultati. Sono altresì consigliati: l'applicazione di sacchi di sabbia calda, i piccoli clisteri con olio caldo e la diatermia. Per ottenere dei buoni risultati, con quest'ultima, occorre che le applicazioni endorettali siano prolungate e fatte con grosse candele e con un'intensità di 2500-3000 milliampères.

fil.

Cordotomia per dolori pelvici ribelli.

C. S. Beck (*Ann. of Surgery*, sett. 1930) condanna in generale le così dette operazioni palliative. Vanno però fatte le dovute eccezioni. L'A. crede che il suo caso possa rientrare fra queste. Un individuo in seguito ad una frattura del bacino sinistro e dell'apofisi trasversa s. della V^a^ lombare, aveva continui ribelli dolori in corrispondenza del focolaio di frattura, anche molto tempo dopo la guarigione. L'A. praticò una laminectomia sulla 4^a^, 5^a^, 6^a^, vertebra T. e con un sottile tagliente penetrò nel midollo a destra avanti al legamento dentato per una profondità di millimetri 3,5 e proseguì l'incisione per altrettanto all'innanzi; seguì una anestesia completa termica e dolorifica a s. dell'arco costale in basso. Permaneva la sensibilità tattile. Nessun altro deficit. Si tratta di interrompere il fascio di Gowers come fu proposto da Spiller nel 1911.

L'intervento non è difficile; per essere efficace deve esser portato 4-5 segmenti sopra il punto dolente. Il punto di repere importante è il legamento dentato, il fascio anterolaterale sta fra questo e le radici anteriori.

L'operazione può anche essere eseguita sui due lati.

Non si può eseguire oltre il 6° segmento toracico per non interessare il frenico. L'A. la ritiene superiore alla rizotomia che spesso non riesce a colpire tutte le radici che portano gli stimoli dolorifici. MANFREDO ASCOLI.

Nella sciatica.

Chavigny consiglia:

Salicilato di metile	
Balsamo del Fioravanti	
Balsamo tranquillo	ana g. 40
p.u.e.	

Oppure:

Cloridrato di cocaina	cg. 30
Salicilato di metile	g. 5
Guaiacol	g. 3
Vaselina	
Lanolina	ana g. 30

S. per frizioni.

Nel dolore dopo le estrazioni di denti.

Per evitare il dolore nell'estrazione dei denti, si inietta 1/2 a 1 cmc. di soluzione di novocaina a 2 %, con una goccia di adrenalina (non più) per ogni 4 cmc.

Se vi è già un processo infettivo, evitare l'anestesia locale, attendere che il processo sia estinto e fare in seguito l'estrazione. Contro il dolore, dare delle polveri di: Aspirina cg. 50; Fenacetina cg. 15; Bromidrato di chinina cg. 5; Oppio polv. cg. 2. Da prenderne 2-3 al giorno.

Per i dolori dopo l'estrazione, J. Dufour (*Journ. des praticiens*, 27 dic. 1930) consiglia di introdurre lo scuroformio, in natura, nella stessa ferita operatoria e nell'alveolo, mediante un po' di cotone asettico.

Le lavature calde agiscono da analgesici e da antinfettivi. Si praticano con una siringa in vetro a grosso tubo; il liquido (a temperatura di 40°-50°) consiste in acqua ossigenata (un cucchiaio in mezzo bicchiere d'acqua), borato di sodio (40/1000), formalina (1/1000). Le lavature si ripetono 3-4 volte nelle 24 ore.

Nel caso di alveolite nevralgica, introdurre un tampone imbevuto di acido fenico per 1-2 minuti, proteggendo le mucose vicine mediante compresse. Dopo 2 minuti, estrarre il tampone e spennellare con alcool a 90° per neutralizzare l'eccesso di acido.

Questo piccolo intervento è molto doloroso; si può diminuire il dolore, diluendo l'acido fenico nella glicerina (1 a 4).

In generale, l'uso dello scuroformio (ripetuto più volte) e delle lavature calde sarà sufficiente.

fil.

NOTE DI TECNICA.

La tecnica della puntura della cisterna.

È descritta brevemente nel *Journal A. M. A.* (14 feb. 1931), riportandola da Ayer.

Rasi i capelli della nuca sino alla protuberanza occipitale esterna e disinfettata con iodio la regione, si situa il paziente in maniera che il capo formi una linea retta con la colonna cervicale. Il collo viene flesso anteriormente di circa 20 gradi. Col pollice della mano sinistra l'operatore ricerca palpando il punto di mezzo fra la protuberanza occipitale esterna e l'apofisi della seconda cervicale.

L'ago viene infisso secondo una linea ideale che passa dalla glabella e dal meato acustico esterno; non deve essere approfondito per più di 6 cm. Esso passa attraverso il tessuto sottocutaneo e la muscolatura e vince la resistenza del legamento atlanto-occipitale. Una pressione considerevole è necessaria a superare questa resistenza e bisogna stare attenti a non spingere l'ago troppo profondamente venendo la resistenza a mancare bruscamente. Difficoltà nell'ottenere il liquido sono dovute al non essere l'ago infitto sulla linea mediana o nella giusta direzione. Delle vene anomale danno luogo a fuoriuscita di liquido ematico: in questo caso la puntura della cisterna non dovrebbe più essere tentata. La puntura della cisterna non deve nella pratica sostituire la puntura lombare perchè più pericolosa, avendo dato luogo a casi di morte.

G. LA CAVA.

MEDICINA SCIENTIFICA

Sulla genesi dell'ulcera gastrica.

Il problema patogenetico dell'ulcera gastrica ha da tempo attratta l'attenzione degli studiosi, ma nonostante le numerose ricerche sperimentali, le esatte osservazioni cliniche, i minuziosi reperti anatomo-patologici, esso rimane controverso ed aperto. Delle numerose teorie sinora formulate si può dire che nessuna soddisfi pienamente al quesito patogenetico: poichè non solo è risultata difficile la metodica, precisa riproduzione delle lesioni, ma anche perchè le varie interpretazioni oltre a non concordare fra di loro non danno ragione dei dati clinici ormai acquisiti.

Un notevole contributo porta all'appassionante questione G. Pacetto (*Arch. It. di An. e Ist. Pat.*, genn. 1931) il quale in una serie di esperienze su animali, perfettamente condotte e rigorosamente controllate ha studiato l'importanza del fattore nervoso nella genesi dell'ulcera gastrica.

In un primo gruppo di esperimenti, con lesioni del sistema nervoso estrinseco (vagale e simpatico) ebbe risultati in maggior parte negativi e nei rari casi di reperti positivi il tipo delle lesioni gastriche ottenute era essenzialmente diverso da quello della patologia umana.

In un secondo gruppo di esperimenti, determinando lesioni dell'apparato nervoso intrinseco, per mezzo di iniezioni intraparietali di neurina, ebbe quasi sempre risultati positivi.

Questi furono costanti e sempre dello stesso tipo nella regione pilorica dove l'A. potè osservare sempre ulcere a caratteri isto-morfologici molto simili a quelli dell'ulcera gastrica dell'uomo ed ancora in piena evoluzione fino a 40 giorni dopo l'atto operativo. L'A. ammette quindi che la lesione nervosa intrinseca sia uno dei principali fattori patogenetici; ma esprime le proprie riserve sulla reale cronicità di tali lesioni avendo osservato una tendenza alla cicatrizzazione la quale però avviene con notevole ritardo.

Diverso è il tipo e l'andamento delle lesioni da neurina ottenute nella regione cardiale le quali hanno il quadro istologico e il decorso delle ulcere acute, con esito rapido in perforazione o in cicatrizzazione.

In base ai risultati di ricerche collaterali, l'A. ammette che la neurina agisca per una duplice azione: caustica e nervosa e che sulla evoluzione e sul tipo diverso delle lesioni osservate nei vari tratti dello stomaco, influiscano notevolmente fattori locali anatomici e funzionali, quali specialmente la motilità e la secrezione.

Il lavoro è corredato da numerose e nitide fotografie dimostrative. G. LA CAVA.

Esperienze con l'anastomosi gastro-duodenale termino laterale sottopapillare dopo resezione gastrica.

Il metodo, descritto da Winkelbauer (*Arch. Klin. Chir.*, vol. 160, pag. 438, 1930) e da lui applicato in 27 casi, richiede una mobilizzazione del duodeno estesa dal legamento epatoduodenale fino ai vasi della radice mesenteriale. Avrebbe il vantaggio di anastomizzare lo stomaco con una regione che non è mai sede di ulcera e che si presenta particolarmente indicata perchè viene a contatto del chimo dopo che esso è stato neutralizzato dal muco biliare e pancreatico.

La tecnica dell'intervento è difficile. Sulla base delle sue esperienze cliniche l'A. riduce l'indicazione al suo metodo a pochi casi e ciò perchè ha osservato su 27 casi 4 esiti letali, di cui due imputabili a una occlusione duodenale per inginocchiamento sulla radice mesenteriale, uno per occlusione da compressione estrinseca del duodeno per opera dei monconi di sezione del gr. omento, uno per pancreatite.

P. VALDONI.

L'importanza dell'omento nella nutrizione del canale intestinale.

G. Kovàcs (*Rinascenza Medica*, n. 2, 1931), in ricerche già note, praticate nella II Clinica Chirurgica dell'Università di Budapest, ha determinato il limite massimo oltre il quale, dopo il distacco del mesentere, il tratto intestinale corrispondente non rimane più vitale e poi l'estensione del tratto intestinale che l'omento può nutrire dopo il distacco dei vasi mesenteriali.

Il miglior metodo, secondo Kovàcs, è quello di eseguire gli interventi in più tempi, perchè possa svilupparsi una sufficiente circolazione collaterale.

C. GIACOBBE.

RUBRICA DELL'UFFICIALE SANITARIO

La profilassi delle malattie sociali.

Malaria.

La legislazione italiana sulla malaria trova il suo fondamento nelle solide conoscenze sull'eziologia e l'epidemiologia di questa infezione, dovute in grandissima parte agli studi di scienziati italiani, ed è, per unanime consenso, quanto di più perfetto esiste in tale materia. Le più importanti disposizioni di essa sono: la legge 23 dicembre 1900 n. 505, che istituì il servizio del chinino di Stato; la legge 2 novembre 1901 n. 460, contenente disposizioni per diminuire le cause della malaria; la legge 22 giugno 1902 n. 224, relativa all'acquisto del chinino; la legge 19 maggio 1904 n. 209 che integrò le precedenti e stabilì l'obbligo della profilassi chininica; la legge 16 giugno 1907 n. 337 sulla risicultura. Il T. U. delle leggi sanitarie (art. 72-113 e art. 157-173) riunì e fuse insieme tutte queste leggi, la cui applicazione è disciplinata dal regolamento 28 febbraio 1907 n. 61. Successivamente una importante innovazione è stata introdotta, nella legislazione della malaria, dal R. decreto 30 dicembre 1923 n. 2889 (riforma degli ordinamenti sanitari) che ha attribuito all'amministrazione provinciale la fornitura del chinino prima devoluta al Comune (art. 69). Fra le altre leggi interessanti la malaria, ricordiamo anche il T. U. delle leggi sulle bonifiche 30 dicembre 1923 n. 3256, che ha stabilito l'obbligo della profilassi antianofelica nelle opere di bonifica, e la legge 24 dicembre 1928, n. 3134, sulla bonifica integrale. Non è nostro compito illustrare tutta questa vasta e complessa legislazione, ci limiteremo invece ad indicare i punti che, in tema di lotta antimalarica, rientrano nella competenza dell'ufficiale sanitario.

Somministrazione del chinino di Stato. Per l'art. 10 del regolamento 28 febbraio 1907 spetta all'ufficiale sanitario, nei Comuni aventi zone dichiarate malariche, determinare anno per anno la quantità di chinino presumibilmente occorrente per il trattamento curativo e profilattico di tutti gli aventi diritto.

L'indicazione di tale fabbisogno deve, dal Podestà, essere trasmessa al Prefetto. La fornitura del chinino è fatta dall'amministrazione provinciale, che cura la distribuzione ai Comuni dei quantitativi da essi richiesti.

L'art. 14 sancisce l'obbligo per l'ufficiale sanitario e per i medici comunali di vigilare affinchè a tutti i coloni e operai, che hanno diritto alla somministrazione del chinino (a norma dell'art. 6 del reg. 28 febbraio 1907 e dell'art. 69 del R. decreto 30 dicembre 1923), sia assicurato il regolare trattamento preventivo e curativo della malaria. A tale scopo i detti sanitari, valendosi di tutti i mezzi a disposizione, debbono identificare tutti gli individui affetti da infezione malarica per sottoporli al trattamento, nonchè, quando occorra, effettuare il trattamento preventivo dei sani. Per l'applicazione di queste disposizioni, nelle località più colpite da malaria, sono sorti gli *ambulatori antimalarici* (temporanei o permanenti) gestiti sia dai Comuni, sia dalla Croce Rossa o da altri enti. Essi possono provvedere anche alla ricerca diretta dei malarici, per mezzo di speciale personale (come, per es. gli agenti segnalatori dell'Agro Romano). In quei casi in cui la diagnosi clinica non è sufficiente, o deve essere suffragata dall'accertamento microscopico del sangue, questo è fatto nello stesso ambulatorio, quando ne possiede i mezzi, altrimenti presso il laboratorio provinciale di vigilanza igienica. La distribuzione e somministrazione del chinino, oltre che dai medici comunali o nell'ambu-

latorio, vengono eseguite, in speciali circostanze, da appositi infermieri profilassatori, debitamente istruiti. Il funzionamento degli ambulatori, quando egli stesso non ne abbia la direzione, è sempre sottoposto alla sorveglianza dell'ufficiale sanitario, il quale ne riferirà periodicamente al medico provinciale.

Il regolare andamento del servizio del chinino, e sopratutto il sistematico e prolungato trattamento curativo di tutti i malarici (primitivi e recidivi), anche nel periodo interepidemico, costituisce il fondamento di quella *bonifica umana* che tende a sopprimere le sorgenti d'infezione delle zanzare al principio di ogni nuova stagione malarica.

Assistenza antimalarica dei lavoratori. Molto importanti sono gli articoli del regolamento concernenti gli obblighi degli appaltatori di lavori pubblici in zone malariche (art. 21 e segg.) relativamente all'assistenza sanitaria gratuita, alla somministrazione del chinino agli operai ed alla difesa dei locali di ricovero dagli insetti aerei. Spetta all'ufficiale sanitario vigilare sull'osservanza di tali obblighi e denunciare gli inadempienti. Particolare denunzia all'autorità di pubblica sicurezza deve farsi nei casi di morte per perniciosa malarica di operai addetti a pubblici lavori (articolo 76). La legge (art. 78-81 del T. U.) inoltre estende ai lavoratori delle risaie, anche quando queste non siano comprese nelle zone dichiarate malariche, il diritto alla somministrazione gratuita del chinino preventivo e curativo (a carico di proprietari delle risaie), e fa obbligo alle aziende che impiegano operai per la mondatura o la raccolta del riso, di fornire loro alloggi corrispondenti alle prescrizioni igieniche del regolamento generale 29 marzo 1908 n. 157, per l'esecuzione delle disposizioni di legge sulla risicultura contenute nel T. U., e del regolamento provinciale che in ogni provincia risicola si deve compilare a sensi dell'art. 73 dello stesso T. U. delle leggi sanitarie. Ricordiamo pure che all'ufficiale sanitario del Comune di residenza o di provenienza (od ai medici comunali da esso delegati) compete di rilasciare, ai mondarisi che emigrano per ragioni di lavoro, la dichiarazione medica di immunità da malattie trasmissibili prescritta dall'art. 82 del T. U.

Difesa dagli insetti malarigeni. Oltre che i ricoveri dei lavoratori delle risaie e degli operai adibiti a lavori pubblici, la legge vuole che siano difesi dalla penetrazione delle zanzare, anche i locali, collocati in aperta campagna e compresi nel territorio delle zone malariche, destinati al ricovero delle guardie di finanza, del personale addetto alle strade nazionali, provinciali e comunali, alle ferrovie ed ai consorzi di bonifica (art. 162 del T. U.); gli ufficiali sanitari sono compresi fra i funzionari obbligati a sorvegliare l'osservanza di queste disposizioni (art. 31 del reg. 28 febbraio 1907). Per l'impianto di tali mezzi di difesa vennero emanate dal Ministero dell'Interno apposite istruzioni tecniche approvate con decreto 28 febbraio 1925. L'azione antianofelica non si deve però limitare all'applicazione delle reticelle per impedire la penetrazione degli insetti nelle abitazioni e dei ricoveri, ma deve vantaggiosamente essere integrata con la lotta diretta contro gli insetti aerei, da farsi nei luoghi ove essi si rifugiano di preferenza (stalle, porcili, cantine ed in genere le parti più oscure e più calde delle abitazioni), e sopratutto con la lotta antilarvale per mezzo di sostanze larvicide (petrolio, verde di Parigi) e coll'immissione di pesci larvifagi (Gambusie) nelle acque. La scelta dei singoli mezzi è dettata dalla diligente valutazione delle circostanze locali.

Piccole bonifiche. Tutte queste misure rientrano nel concetto della *piccola bonifica,* colla quale però più strettamente s'intende l'insieme di provvidenze dirette a sopprimere le condizioni che sono causa di acquitrini e di limitate raccolte idriche e che favoriscono lo sviluppo delle zanzare malariche (piccole colmate, prosciugamenti, drenaggi, diserbamento e regolarizzazione dei canali, copertura di pozzi, cisterne, ecc.). Le istruzioni per l'esecuzione delle opere di piccola bonifica antimalarica e degli interventi antianofelici (indicate nel titolo IV del T. U. delle leggi sulle bonificazioni delle paludi e dei terreni paludosi) sono quelle approvate con decreto del Ministero dell'Interno 28 febbraio 1925 e debbono esser sempre tenute presenti dagli ufficiali sanitari, il cui compito non è circoscritto al servizio di distribuzione del chinino e di cura dei malarici, ma deve estendersi alla ricerca di tutte le piccole cause di malaria, senza la eliminazione delle quali anche le grandi opere di bonifica idraulica e tellurica possono fallire il loro scopo. Esistono località dove, pur mancando la grande palude, la malaria è sostenuta dalla presenza di molteplici focolai anofeligeni che sono appunto dominabili con diligenti interventi di piccola bonifica. A questo proposito l'art. 163 del T. U. prescrive nelle regioni malariche e nei terreni dotati di favorevole altimetria, l'obbligo per i proprietari di facilitare lo scolo delle acque per evitare ristagni, e proibisce, per quanto è possibile, nella costruzione di strade e canali, l'apertura di *cave di prestito.* L'art. 32 del regolamento 28 febbraio 1907 precisa che l'apertura di cave di prestito e di materiali da costruzione, è subordinata alla licenza del Sindaco (ora del Podestà) da emanarsi sentito l'ufficiale sanitario, ed in particolari casi ad autorizzazione del Prefetto. L'art. 34 prescrive che i regolamenti comunali di polizia rurale contengano apposite norme per impedire o li-

mitare allo stretto necessario la formazione e la permanenza di pozze, ristagni o pozzi d'acqua nei terreni coltivati od adibiti ad usi industriali.

Le molteplici disposizioni che abbiamo sommariamente illustrate costituiscono solo una parte della complessa legislazione antimalarica, ma bastano però a dimostrare che, se la lotta contro questa malattia è impresa di vastissima portata, la quale richiede l'intervento dello Stato e delle grandi aziende di bonifica, pure, nell'ambito del territorio comunale, l'ufficiale sanitario, colla propria opera intelligente e zelante, può portare un importante contributo alla difesa delle popolazioni dalla malaria ed alla soluzione di uno dei più gravi problemi sociali del nostro paese.

A. FRANCHETTI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

All'abb. n. 3561:

1) LYON et LOISEAU. *Formulaire thérapeutique.* Masson et C.e, Paris; prezzo frs. 50. Non conosco il libro a cui Ella accenna: « Les thérapeutiques nouvelles », che non figura nel recente catalogo di Masson. Ad ogni modo, questi è l'editore di parecchie altre opere di Gaston Lyon e può ritenersi che abbia pubblicato anche il libro sopra citato.

2) SIMON. *Trattato di Farmacologia.* Unione tipografico-editrice, Torino.

3) S. DI STEFANO. *Endocrinologia.* II ediz., di pag. 408. Unione tip.-ed. Torinese.

4) La sarcomatosi ossea non è affatto infettiva e non può contagiare nessuno.

5) G. ROUSSY. *Le cancer.* II ed. Un vol. di 846 pag. con fig. e tav. Masson, ed., Paris. Prezzo frs. 100. *fil.*

Al dott. G. B. Avanzini, da Albaredo:

La mancata precipitazione dell'albumina, flocculata con il reattivo di Esbach, è principalmente dovuta al peso specifico alto della urina. In questo caso, bastano lievi scosse e qualche movimento rotatorio impresso alla provetta per determinare la precipitazione dell'albumina flocculata. *fil.*

Al dott. Bernardo Cancrini, Teramo:

Un trattato completo è quello del SAIDMANN: *Les rayons ultraviolettes en thérapeutique.* Ed. Doin; e così quello di GUILLAUME: *Les radiations lumineuses en physiologie et en thérapeutique*, Ed. Masson, pag. 500.

Anche nel *Compendio di terapia fisica* (Como, ed. Cavalleri, L. 100) la parte riguardante la elio- e la fototerapia è largamente trattata.

E. MILANI.

VARIA.

Predeterminazione sperimentale dei sessi.

(C. VARGAS. *Rev. Med. Latino Americana*, febbraio 1931).

È argomento questo di tale difficoltà ed oscurità che tutto ciò che su di esso si pubblica e si dice, deve essere ben vagliato e giudicato prima di essere ammesso nel campo delle cognizioni acquisite.

Ma è tale l'entusiasmo con cui l'A. parla delle sue esperienze e dei risultati ottenuti, da indurre a credere che veramente questa volta un passo avanti sia stato fatto.

Egli aveva osservato che donne, le quali avevano avuto in precedenza parecchi figli dello stesso sesso, presentavano alla laparotomia lesioni simili dei genitali: ciò gli fece pensare che queste lesioni avessero un'influenza sulla determinazione del sesso. Istituì perciò esperienze su vari animali, coniglie, capre, cavie, riproducendo in esse le lesioni che aveva osservato: riuscì così, in questi animali, a determinare a sua volontà il sesso del feto nelle gravidanze successive.

Dall'insieme delle numerose esperienze compiute, dalle osservazioni cliniche e dall'esame accurato della letteratura esistente in proposito, egli giunse ad una sua teoria di cui ecco i punti principali:

1) gli ovuli dell'ovaio destro determinano i maschi e gli ovuli dell'ovaio sinistro le femmine;

2) quando l'ovaio destro dà luogo a delle femmine e il sinistro a dei maschi, questi feti possono essere anatomicamente, istologicamente, fisiologicamente o psicologicamente anormali;

3) se i maschi dell'ovaio sinistro e le femmine dell'ovaio destro sono normali è probabile che vi siano nelle ovaia delle cause perturbatrici della loro funzione predominante;

4) con la selezione si può ottenere la predeterminazione sessuale in una maniera assoluta e precisa: infatti nella maggior parte dei mammiferi si possono ottenere delle femmine che produrranno in tutte le loro gravidanze feti di un solo sesso e di quello precisamente che si desidera;

5) nella specie umana l'ovariectomia non è necessaria per la predeterminazione del sesso che si desidera.

Si potrebbe ricorrere, invece, all'emicastrazione mediante i raggi X.

Questi fatti sono certamente di un interesse straordinario e porterebbero ad una necessaria revisione della teoria dei cromosomi; resta a vedere se essi saranno confermati o se resteranno al semplice stadio di ipotesi, che riguardo a questo argomento, sono particolarmente numerose.

G. LA CAVA.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Bushido.

Il dottor J. Christofer O'Day pubblica nell'*American Medicine* un articolo che merita di essere segnalato ai colleghi.

L'articolo s'intitola *Bushido.*

È questa una parola che ha senso profondo ed esteso, è l'espressione concisa di tutta la filosofia morale che inspira la vita intima, che governa la condotta privata e pubblica dei giapponesi.

Bushido non è un codice scritto, una legge rivelata. Non è che un costume tradizionale, un modo spontaneo di vivere, una norma che informa tutti gli atti, tutti gli sforzi, seguìta da tutte le classi sociali.

Questa filosofia pervade tutta l'atmosfera sociale ed è assorbita, respirata dai giapponesi fin dai primi anni della loro vita, ne penetra l'anima ed il cuore.

L'esercizio della medicina, forse più che ogni altra manifestazione dell'attività giapponese, ne risente il benefico influsso.

Lo scrittore americano trova che negli ospedali giapponesi si respira un'aria molto differente da quella che costituisce l'atmosfera dei nosocomi europei ed americani.

I pazienti vi destano l'amore più spontaneo, l'interesse più alto. Amore ed interesse che non subisce graduazioni in funzione della posizione sociale del paziente e del profitto che si può trarre dal caso.

Amministrazioni ospedaliere, medici, infermieri cooperano tutti non solo nel tentativo di curare e guarire gli ammalati, ma nel renderne la degenza spiritualmente il più confortevole che sia possibile.

Negli ospedali dell'occidente civile, talvolta, si potrebbe dire troppo spesso, gli infermi non sono trattati, da medici ed infermieri, con quei riguardi e quella pietà che la loro condizione dovrebbe consigliare. Medici ed infermieri si sentono talvolta infastiditi dalle lamentele e dalle richieste dei pazienti, la cui assistenza vien considerata come un peso, un dovere al quale si tenta di sottrarsi.

Il medico e l'infermiere degli ospedali risentono così un certo spirito di funzionarismo. Il pubblico, pagante o non, diventa qualche cosa di fastidioso e di ostile.

Negli ospedali giapponesi non si fa mai un atto di impazienza verso un malato anche se molesto, non si fanno mai manifestazioni di trascuranza o di disinteresse.

Questa gentilezza di modi, spontanea, consuetudinaria, esalta la dignità del malato, conferisce un alto decoro al medico. Concorre ad alleviare le sofferenze dei malati, ad elevare il prestigio dei medici.

Lo stesso spirito informa i rapporti di colleganza dei medici.

I giapponesi sono tra loro gentili, affabili, senza essere servili. Questa correttezza raggiunge tra i medici altezze inverosimili.

Le norme che regolano i rapporti di colleganza fra i medici da noi sono scritte nel Codice Deontologico; sono scritte e non sempre sono rispettate malgrado le possibili sanzioni.

Là non vi è nessuna prescrizione precisa circa il modo di comportarsi. L'esempio, la consuetudine, la tradizione hanno forgiato uno spirito di perfetta gentilezza.

Il disprezzo, la critica, la mormorazione verso i colleghi non sono proibiti da nessuna norma deontologica, ma non si fanno.

Questo riservo nel giudicare i colleghi, questo rispetto reciproco, questa gentilezza di modi sono così spiccati, da sembrare esagerati, al punto da dare l'impressione di trattarsi di un'ipocrisia.

Ma la consuetudine con i medici giapponesi corregge del tutto tale impressione.

Il loro contegno è spontaneo ed è l'esponente dello spirito morale che governa la loro razza, di *Bushido*, reso ancora più squisito dalla cultura, dalla consapevolezza della sua efficienza.

Che il *Bushido* aleggi nello spirito dei medici della vecchia Europa!

Pangloss.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Aviano (*Udine*). — Scad. 10 giu.; 2° reparto (Marsure); L. 8000 e sei quadrienni dec., oltre L. 500 serv. att., L. 3000 automezzo, c.-v. ridotto, il tutto decurtato 12 %.

Biella (*Vercelli*). *Ospedale degli Infermi.* — Scad. 15 mag.; assistente alla Sez. chirurgica; età lim. 30 a.; titoli ed eventualmente esami. Rivolgersi Direzione.

Cesena (*Forlì*). *Congregaz. di Carità.* — A tutto 15 giu., primario di chirurgia presso l'Ospedale Maurizio Bufalini; titoli ed esami; L. 8000 e compartecipazione onorarii; età lim. 45 a. (50 per gli ex combattenti; nessun limite per chi è in servizio stabile presso Enti pubblici). Chiedere bando e capitolati alla Segreteria.

Chiavari. *Municipio.* — Medico oculista; L. 1500; 10 bienni ventesimo. Scad. 17 luglio.

Cosenza. — Due condotte; scad. ore 12 del 31 maggio; L. 9000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1800 vettura; riduz. 12 %; serv. entro 15 gg.; età lim. 45 a.; doc. a un mese dal 19 apr.

Dezzo di Scalve (*Bergamo*). — Stipendio annuo L. 12.000 lorde di R. M. e C. P.; addizionale della quota annua capitaria di L. 2 per ogni inscritto nell'elenco aventi diritto assistenza medica e somministrazione gratuita medicinali (articolo 45 R. Dec. 30-12-1923); addizionale quota annua capitaria di L. 5 per ogni inscritto nell'elenco aventi diritto all'assistenza medico-chirurgica (articolo 32

precitato Decreto); caro viveri sino a conservazione; indennità quale Uff. San. L. 500; id. per mezzi trasporto L. 1000; id. per spese ambulatorio L. 200. Aumento sullo stipendio di L. 1200 ogni quinquennio e per cinque quinquenni. I presenti emolumenti sono ridotti del 12 % per il R. D. 20-11-1930, N. 1491. La domanda in carta da bollo insieme ai prescritti documenti, debbono pervenire alla Segreteria Comunale entro il 25 luglio 1931, ed alla stessa può essere richiesto il bando di concorso contenente l'elenco dei documenti e le altre modalità del concorso.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti*. — Vice-ispettore delle infermiere; a tutto 30 maggio (per infermieri).

LIMINA (*Messina*). — Scad. 29 mag.; L. 10.200, compreso uff. san.

NAPOLI. *Municipio*. — Assistente alla Sez. med.-microgr. dei Laboratori Comunali d'Igiene e Profilassi; scad. ore 17 del 13 giu.; titoli ed esami: L. 10.500 e 3 quadrienni di L. 500 oltre L. 2000 serv. att., il tutto ridotto del 12 %; tassa L. 50: doc. a 3 mesi dal 19 apr. Chied. annunzio. Rivolgersi al Controllo Generale del Comune (Palazzo S. Giacomo, Napoli.

NOCERA UMBRA (*Perugia*). — Per Colle; proroga ore 18,30 del 31 mag.

NOVARA. *Ospedale Maggiore della Carità ed Opere Pie Riunite*. — Medico primario tisiologo; proroga 31 mag. Primario della Sezione dermosifilopatica; L. 4000 oltre L. 1300 serv. att. e quote di partecipaz., 6 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50; doc. non anter. al 31 gen.; scad. ore 18 del 31 mag.

PADOVA. *Spedale Civile*. — Scad. ore 17 del 20 mag. Assistente effettivo di chirurgia; titoli; lire 5000 decurtate del 12 %; 2 bienni dec. Età lim. 30 a. al 15 apr. Tassa L. 50,10 alla Tesoreria. Doc. a 3 mesi; serv. entro 20 gg.

PIAGGINE (*Salerno*). — Scad. 16 mag.; per Vallo dell'Angelo; L. 7000; riduz. 12 %.

ROCCALBEGNA (*Grosseto*). — A tutto 20 mag.: L. 9240 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1760 trasp., c.-v. se coniugato; già ridotti del 12 %; tassa lire 50,10; età lim. 30 a.; buona condotta morale e politica. Ab. 2000 circa, iscritti 200 c.

ROSORA-MERGO (*Ancona*). — A tutto 31 mag.; L. 7920 oltre L. 2540, già depurate; 4 quadrienni dec.; c.-v.; età lim. 35 a.; tassa L. 50; doc. non anter. al 27 apr. Per Mergo; ab. 1030.

TORINO. *Municipio*. — Direttore del dispensario antivenereo comunale N. IV; scad. 28 mag. Rivolgersi Divisione IV - Personale.

VENEZIA. *Ospedale Civile*. — Aiuto nella divisione oculistica; L. 4560 per i coniugati, L. 4200 per i celibi, ridotte del 12 %; titoli ed esami; scad. ore 17,30 del 25 lug.; tassa L. 50; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dal 24 apr.

VOTTIGNASCO (*Cuneo*). — Scad. 30 mag.; L. 9000 oltre L. 1500 trasp., L. 500 uff. san.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

Società Oftalmologica Italiana.

La Società Oftalmologica Italiana e la Fondazione costituita a favore degli studi oftalmologici e della Clinica oculistica della R. Università di Roma, bandiscono i seguenti premi per lavori di oftalmologia:

I. — PREMI DELLA SOCIETÀ che saranno assegnati nel Congresso dell'ottobre 1931: 1) *Premio del prof. Duranti* di L. 2000 per il miglior lavoro di istologia ed embriologia; 2) *Premio del prof. Colangeli* di L. 2500 da assegnarsi all'oftalmologo italiano, autore di quel lavoro o di quel gruppo di lavori pubblicati in lingua italiana, che meglio illustreranno i risultati della cura medica della cataratta; 3) *Premio del prof. F. Denti* di L. 1000 al miglior lavoro di patologia oculare; 4) *Premio del dott. Foroni* di L. 1000 al miglior lavoro sulla cura medica e chirurgica del distacco di retina; 5) *Premio del prof. Roselli* di L. 1000 al miglior lavoro di terapia oculare; 6) *Premio della Casa dei Tubi Lux* di L. 5000 al miglior lavoro sull'*antivirus* in terapia locale in oculistica. I lavori concorrenti ai detti premi devono essere mandati dattilografati in tre copie al presidente della Società prof. Giuseppe Ovio, R. Clinica Oculistica di Roma, prima del 30 settembre 1931.

II. — PREMI DELLA FONDAZIONE che saranno assegnati nel Congresso dell'ottobre 1932: 1) *Premio Cirincione* di L. 20.000 (internazionale) da conferirsi ad una memoria originale nel campo oftalmologico compiuta negli anni 1931 e 1932. Il lavoro deve essere inviato in lingua italiana, dattilografato in tre copie, non più tardi del 31 agosto 1932. Non sono ammessi al concorso i professori titolari e coloro che abbiano oltrepassato il 45° anno di età. Questo premio viene assegnato al primo riuscito nella terna; mentre al secondo e al terzo viene conferita una medaglia d'oro; 2) *Premio Cidonio* di L. 7000 (nazionale) per la migliore memoria compiuta negli anni 1931 e 1932 da un oftalmologo italiano. Limite di età 45 anni. Il lavoro deve essere inviato, colle modalità del precedente, ma non più tardi del 31 maggio 1932.

Per qualunque informazione rivolgersi al presidente prof. Giuseppe Ovio, od al segretario prof. Romeo Roselli, R. Clinica Oculistica, Policlinico, Roma.

Associazione Nazionale per la Prevenzione degli Infortuni sul Lavoro.

È aperto il concorso nazionale per un apparecchio meccanico ideato e costruito in Italia, per praticare la respirazione artificiale in tutti i casi di morte apparente per asfissia da gas, annegamento, fulminazione da corrente elettrica, ecc.

Per tale concorso l'Associazione mette a disposizione della Commissione la somma di L. 10.000 da suddividere in un primo premio di L. 6000 per l'apparecchio prescelto, e in altri due premi di incoraggiamento l'uno di L. 2500, l'altro di L. 1500.

Gli apparecchi devono essere presentati alla Direzione Generale dell'Associazione (via Marina 5, Milano 113) entro il 30 giugno 1931.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Presso la R. Accademia Medica di Roma sono stati recentemente nominati *Soci ordinari* i professori: Alessandrini Alessandro, Alessandrini Paolo, Amantea Giuseppe, Antonelli Giovanni, Ayala Giuseppe, Basile Gaetano, Carducci Agostino, Chiarini Pietro, Cipollone Tommaso, De Fabi Achille, Della Valle Claudio, Egidi Guido, Ferretti Tito, Fumarola Gioacchino, Giudiceandrea Vincenzo, Marino Zuco Sante, Micheli Cesare, Panegrossi Giuseppe, Pecori Giuseppe, Riva Umberto, Saccone Giovanni, Santori Saverio, Sergi Sergio, Torella Andrea, Trenti Enrico, Vernoni Guido; e *Soci straordinari* i proff.: Antonucci Cesare, Ascoli Manfredo, Auriti Filippo, Bellussi Angelo, Bentivoglio G. Carlo, Bompiani Gaetano, Bompiani Roberto, Caccia Filippo, Casarini Arturo, Cassinis Ugo, Ciuffini Publio, Crainz Silvio, De Villa Salvatore, Ferreri Giorgio, Fioretti Ermanno, Galamini Antonio, Galatà Guglielmo, Geronzi Gaetano, Ghiron Vittorio, Gosio Renato, Gualdi Augusto, Guccione Filippo, Ilvento Arcangelo, Jura Vincenzo, La Branca Antonio, Maggiora Romano Nob. Vergano, Marino Carlo, Maselli Domenico, Matronola Girolamo, Mazzantini Gustavo, Meldolesi Gino, Milani Aminta, Monteleone Remo, Montesano Giuseppe, Montesano Vincenzo, Muzii Saturnino, Nuvoli Umberto, Omodei Zorini Attilio, Pastore Salvatore, Penso Giuseppe, Pergola Mazzini, Pilotti Giovanni, Puccinelli Vittorio, Raneletti Aristide, Romanelli Ilario, Roselli Romeo, Rubbiani Carlo, Sabatucci Francesco, Serono Cesare, Sforza Nicola, Testoni Pietro, Trocello Enrico, Urbani Lucio, Valdoni Pietro, Vitetti Giuseppe.

A far parte del nuovo Ufficio di Presidenza dell'Accademia, sono stati eletti, nella seduta del 28 marzo scorso: presidente, Baglioni Silvestro; vice-presidente, Dalla Vedova Riccardo; segretario, Amantea Giuseppe; vice-segretario, Trenti Enrico; consiglieri amministrativi, Vernoni Guido e Antonelli Giovanni; delegati per la stampa, Perez Giovanni e Arcangeli Uberto; bibliotecario, Gosio Bartolomeo; cassiere-economo, Alessandrini Giulio.

In esito a concorso indetto dall'Ospedale Incurabili di Napoli per direttore del reparto Maternità, la Commissione esaminatrice, composta dei proff. Pascale, Gaifami, Cappellani, Castronuovo e Giorgi, stabiliva la seguente graduatoria: 1° Piccoli Salvatore; 2° Calvanico Raffaele; 3° De Nicola Renato e Rossi Domenico *ex aequo*. È stato nominato il prof. Piccoli.

Il prof. Belisario Santangelo, docente di Clinica pediatrica nella R. Università di Roma e Rettore della Provincia di Campobasso, è stato insignito della Commenda della Corona d'Italia. Rallegramenti.

Alla direzione generale di sanità della Spagna è stato nominato il dott. Marcelino Pasqua Martinez, in sostituzione del dott. Palanca, esonerato.

Alla direzione del Comitato Nazionale per l'igiene mentale degli Stati Uniti è stato chiamato il dott. Clarence M. Hincks di Toronto (Canadà).

Alla Società Brasiliana di Pediatria sono stati nominati: presidente il prof. Luiz Barbosa; vice-presidente il dott. Martinho da Rocha; primo e secondo segretario i dottori Rocha Braga e Israel França.

Il prof. Gabriel Florence è nominato titolare della cattedra di chimica biologica alla Facoltà medica di Lione.

Il dott. Wilhelm Berger, di Salisburgo, è nominato professore di clinica medica all'Università di Graz (Austria).

Il dott. Alfred Seiffert, di Berlino, è nominato professore di oto-rino-laringologia all'Università di Kiel.

Il prof. Max Baur, di farmacologia a Kiel, è chiamato all'Università di Marburgo.

Per l'istituzione di un premio annuo presso la R. Università di Roma, da intitolarsi: "Fondazione Vittorio Ascoli,,

Somma che si riporta dal N. 17 . .	L.	15.562 —
S. E. Vitt. Emanuele Orlando (Roma) (*)	»	250 —
Prof. Paolo Alessandrini (Roma) . .	»	100 —
Prof. Alessio Nazari (Roma)	»	100 —
Prof. Guido Egidi (Roma)	»	100 —
Prof. Giovanni Pilotti (Roma) . . .	»	100 —
Prof. Nicola Sforza (Roma)	»	100 —
Prof. Giovanni Antonelli (Roma) .	»	50 —
Prof. Ferruccio Marcora (Milano) .	»	300 —
R. Istituto di Chimica Fisiologica (Roma)	»	100 —
Consorzio Provinciale Antitubercolare (Roma)	»	500 —
Ufficiali medici di Marina residenti in Roma	»	400 —
Prof. Guglielmo Memmi (Grosseto)	»	100 —
	L.	17.762 —

Le sottoscrizioni si ricevono presso la Clinica Medica al Policlinico Umberto I, Roma; ovvero presso il nostro periodico, via Sistina 14, Roma.

(*) Questo versamento è stato accompagnato da una lettera che ci onoriamo di pubblicare:

Chiarissimo Signor Direttore,

Invio una mia modesta offerta per la nobile iniziativa onde giustamente, degnamente si tributa onore alla memoria di Vittorio Ascoli; e mi è, nel tempo stesso, grato di esprimere ancora una volta la mia più fervente ammirazione per lo Scienziato, il mio più profondo affetto per l'Uomo, i quali due sentimenti si uniscono e si confondono in quello di una inestinguibile gratitudine. E voglio che sia qui fissato un ricordo che, collegandosi con questo mio sentimento personale, ha un riscontro che si può dire storico, malgrado l'abuso frequente di questa parola.

Si era alla fine di ottobre del 1918, quando ero dominato da due grandi ansie, delle quali l'una rappresentò un epilogo di gloria e si chiamò Vittorio Veneto, l'altra il prologo di un dramma storico che si chiamò Conferenza di Parigi. Ma l'animo mio era pure in quei giorni turbato da un'altra ragione di ansietà famigliare: per una gravissima malattia, mia moglie era in mortale pericolo ed io dovevo, proprio allora, lasciare Roma! Vittorio Ascoli mi confortò con la sua parola di fede e con la promessa di una assistenza fraterna. Anche quella volta l'insigne clinico trionfò sul male ed io potei, per merito di Lui, conciliare l'adempimento dei miei doveri verso la Patria col minor sacrificio possibile verso altri doveri.

Accolga, Signor Direttore, i sensi della mia più cordiale osservanza. F.to: V. E. ORLANDO.

Il versamento di L. 1000 dell'Istituto Nazionale Assicurazioni pubblicato nel N. 15 è stato raccolto fra il Direttore Generale, il Servizio Sanitario e la Consulenza Medica.

NOTIZIE DIVERSE.

7° Congresso francese di pediatria.

Il Congresso dei pediatri di lingua francese si adunerà quest'anno a Strasburgo dal 5 al 7 ottobre, sotto la presidenza del prof. Rohmer. Temi: « Le febbri alimentari » (Schaeffer per la fisiologia, Corcan e Valette per la patologia sperimentale, Mathieu e Chabrun per la clinica); « Diagnosi e trattamento dei tumori cerebrali nel fanciullo » (Heuker e Clara Vogt per la sintomatologia e la diagnosi, Clovis-Vincent pel trattamento, con speciale riguardo ai tumori alla fossa poster.); « Forme fruste e atipiche delle avitaminosi nella prima infanzia » (Bertoye). La quota è di fr. 100, da versare al tesoriere Dr. Forest (avenue de la Paix 1, Strasbourg). Le iscrizioni si ricevono dal segretario Dr. Woringer (rue des Veaux 18, Strasbourg).

Un corso per medici condotti all'Istituto "Mussolini".

All'Istituto « Benito Mussolini » di Roma si è inaugurato il corso accelerato per la lotta antitubercolare, frequentato da cento medici condotti di varie province.

Il dott. Lusignoli ha brevemente rievocato l'opera di Michele Bianchi a favore dei medici condotti e ha fatto plauso all'on. Arpinati per le sue circolari riferentisi ai corsi accelerati di clinica della tubercolosi, di puericoltura e di assistenza materna.

Ha preso quindi la parola l'on. Morelli per la lezione inaugurale; e ha trattato di tutta l'assistenza sociale che debbono dare particolarmente i medici condotti.

Conferenza.

Il prof. A. Pasini di Milano, titolare della cattedra di clinica dermatologica presso quella Università e primario dermosifilografo in quell'Ospedale Maggiore, ha tenuto, all'Accademia Medica Lombarda, davanti ad un folto pubblico di medici, una conferenza sul tema « Ipersensibilità e dermatosi ».

Medici stranieri festeggiati a Napoli.

Con il transatlantico francese « Champollion » per una sosta di sole 12 ore, arrivarono a Napoli di ritorno da una lunga crociera mediterranea, organizzata dal periodico belga « Bruxelles Médical » circa 200 medici stranieri, in maggioranza belgi e francesi, tra i quali molti titolari di cattedre nelle Università di Lovanio, Bruxelles, Gand, Parigi, Nancy, ecc.

Il periodico di medicina « La Riforma Medica » aveva organizzato un programma di festeggiamenti in onore degli ospiti, al quale hanno aderito il Podestà di Napoli, il Preside della Provincia, i Consoli di Francia e del Belgio e le più alte personalità del mondo medico universitario napoletano.

A loro volta i medici belgi e il Comandante dello « Champollion » offrirono a bordo una colezione, alla quale parteciparono il dott. Maloens, medico del Re del Belgio, il Console di Francia, il dott. Schochaert dell'Università di Lovanio, il Console del Belgio, il dott. Chevassu dell'Università di Parigi, il dott. Cauwenbergh dell'Università di Gand, il dott. Beckers, amministratore del « Bruxelles Médical ». Gli invitati italiani erano: il sen. prof. Pascale, preside della Facoltà di Medicina, il prof. Jemma, il prof. A. Ferrannini, accademico di Montpellier, il prof. Bruni, il dott. Huber, direttore degli ospedali « Internazionale » ed « Evangelico » di Napoli, il dott. A. Rummo, il dott. Musella.

A nome di tutti i partecipanti alla crociera, brindò durante la colezione a bordo, il dott. Beckers. A lui rispose il prof. A. Ferrannini, inneggiando alla medicina belga e francese che con quella italiana in ogni manifestazione scientifica rinsaldano l'antico e indissolubile vincolo della latinità.

Quindi, con l'intervento del Podestà di Napoli, Duca di Bovino, del Preside della Provincia Principe di Forino, di altre autorità, dei Consoli del Belgio e di Francia, di gentili signore, di moltissimi cattedratici napoletani e numerosi medici, « La Riforma Medica » offrì alle delegazioni della crociera un simpatico e cordiale thé d'onore all'Hôtel Excelsior.

Istituto di fisiopatologia cellulare in Germania.

Come ne demmo annunzio, la Fondazione Rockefeller ha deciso di fondare a Dahlem un Istituto di ricerche sperimentali per lo studio della fisiologia cellulare patologica.

Alla direzione è stato ora chiamato il prof. O.-H. Warburg, noto per le ricerche sul metabolismo della cellula cancerosa. Questa nomina prova che l'Istituto sarà destinato sovratutto allo studio del cancro.

Ospedale per alcoolisti in Russia.

È stato inaugurato a Mosca, nel quartiere Bauman, il primo ospedale specializzato per alcoolisti, della capacità di 100 letti. È fornito d'impianti modernissimi. Vi si attua un metodo speciale di disintossicazione, della durata di circa un mese e mezzo; trascorso questo tempo, l'infermo viene dimesso, considerandolo guarito.

Il telefono negli ospedali di Parigi.

È stato approvato dal Consiglio di sorveglianza dell'Assistenza Pubblica di Parigi un progetto di perfezionamento delle linee telefoniche attualmente utilizzate negli ospedali della città. La riforma prevede la creazione di « taxifoni » nella maggior parte degli ospedali; essi verrebbero utilizzati dalle famiglie dei malati e dai medici per le proprie comunicazioni private, per lo sdoppiamento delle linee attuali, per la creazione di linee dirette fra gli ospedali e la sede centrale dell'Assistenza Pubblica e infine per l'istituzione di un automatico nella sede stessa.

Doni agli ospedali.

La Compagnia apparecchi duplicatori « Gestetner » ha stabilito, in occasione del suo cinquantenario, di donare 200 apparecchi di propria fabbricazione ai maggiori ospedali di tutto il mondo. La scelta degli ospedali è stata fatta in base a referendum indetto fra i propri clienti.

Per una campagna mondiale contro gli stupefacenti.

Si sono adunati a Washington i membri della « World Conference on Narcotic Education », che intende elaborare un programma internazionale d'azione per disciplinare il traffico degli stupe-

facenti e limitarne i danni. Il presidente degli Stati Uniti, Hoover, ha espresso agli organizzatori la sua simpatia e il suo plauso per questa campagna.

Settimana sanitaria dei negri negli Stati Uniti.

Dal 5 al 12 aprile si è svolta negli Stati Uniti la « settimana per la salute » dei negri, istituita da Booker T. Washington nel 1915. La settimana si è aperta nell'anniversario della nascita di questo generoso filantropo. Hanno cooperato alla campagna 36 istituzioni.

La situazione sanitaria dei negri negli Stati Uniti è molto inferiore a quella dei bianchi: ne è un indice l'alta mortalità. Si giustifica, perciò, l'attuale movimento.

Raduno italiano dei medici musicisti.

La sera del 18 aprile ebbe luogo a Milano, in una sala del Caffè Ristorante Puntingan, il primo raduno dei medici cultori di musica, organizzato dai dottori Sacconaghi, Bennati e Sigurini. Parlarono i tre promotori; si svolse un'ampia discussione. Per le adesioni rivolgersi al dott. Cesare Sacconaghi, via Post-Porta 1, Gallarate (Varese).

Onoranze a Morgagni.

Come abbiamo annunziato, il 24 maggio la città di Forlì, per iniziativa del Municipio e dell'Ordine dei Medici della Provincia, tributerà onoranze solenni all'insigne concittadino Giovanni Battista Morgagni, nell'occasione della traslazione del Monumento dalla Corte del Palazzo degli Studi nella Piazza Morgagni. Le onoranze sono poste sotto l'alto patronato del Capo del Governo.

In Morgagni viene onorato il principe degli anatomici del secolo XVIII ed il fondatore dell'anatomia patologica, uno fra i più grandi medici di ogni tempo.

Una cerimonia ufficiale si svolgerà al Teatro Comunale; oratore ne sarà il sen. Messadaglia.

Verrà disposta una Mostra Morgagnana. Si terranno due adunanze scientifiche. Verrà coniata una medaglia celebrativa. Si pubblicherà un supplemento d'onore della « Rivista di Storia delle Scienze Mediche e Naturali ».

Per le adesioni o le partecipazioni rivolgersi alla segreteria del Comitato, Municipio di Forlì.

Una pinza anatomica nell'intestino.

Presso il Tribunale di Trieste si è svolto un processo in due tempi; attori ne sono stati un operaio, Fortunato De Signori, e il dott. Tordi, che lo aveva operato di ernia inguinale nel 1922. L'operaio accusava il medico di avergli lasciato entro l'intestino una pinza anatomica lunga 15 cm. Il medico venne però prosciolto in istruttoria, per inesistenza di reato, poichè la perizia ha dimostrato che la pinza non avrebbe potuto ritrovarsi in quella posizione e che perciò il fatto era simulato. A sua volta il medico si è querelato per calunnia e il tribunale, accogliendo la sua tesi, con sentenza pronunziata il 30 aprile, ha condannato l'operaio ad un anno e due mesi di reclusione e ad un anno d'interdizione dai pubblici uffici.

L'uccisore del prof. Parrozzani.

La Sezione d'Accusa del Tribunale ha emesso sentenza di rinvio al giudizio della Corte d'Assise, per omicidio premeditato.

Indice alfabetico per materie.

V. ASCOLI †, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXVIII Roma, 18 Maggio 1931 - IX Num. 20

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI †

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Reparto Isolamento e Clinica delle Malattie Infettive dell'Ospedale al Policlinico Umberto I - Roma.

Lo stato attuale della terapia della gangrena polmonare.

Contributo personale all'arsenoterapia

per il dott. R. LIBERTI, assistente.

Cenno storico sulla gangrena polmonare e sua cura. — Di gangrena polmonare già si trovano citazioni in Morgagni, Van Swieten e Stoll, ma solo nel 1810 Bayle ne dà la prima descrizione didattica e nel 1818 Laennec ne fissa in modo completo la clinica e l'anatomia patologica. Da tale momento occorsero però ben ottanta anni perchè venisse spiegata l'eziologia e la patogenesi di tale affezione e sopra tutto perchè uno spiraglio di luce venisse a premiare i fino allora generosi, ma vani tentativi della terapia. Pasteur affermando che « la putréfaction et d'une façon plus générale la fermentation sont fonctions de la vie sans air » scopre la natura nettamente parassitaria ed anaerobia della gangrena gassosa. Seguendone l'esempio Veillon e Zuber (1898), colpiti dalla discordanza fra il gran numero di germi che si notano all'esame diretto dell'espettorato di un p. affetto da cancrena del polmone e la scarsezza invece di microbi che si sviluppano nei comuni mezzi di coltura, procedono alla semina dei prodotti cancrenosi in mezzi privi di ossigeno e isolano allora una flora ricchissima, cui altro ricco e abbondante contributo dovevano portare negli anni successivi le ulteriori ricerche di Guillemot, Rist, Hallé, Sacquepée, Weimberg, Seguin, Bezançon, Philibert, Roger, Garnier, Weil.

E nella stessa epoca (1897) Tuffier conclude nel suo « traité de la Chirurgie du poumon » i suoi studi sul trattamento chirurgico della cancrena del polmone e riporta i risultati da lui ottenuti in 74 operati, riprendendo e perfezionando il metodo che per i primi, nel 1879, Cayley e Sawson avevano adottato in un p. affetto da tale morbo.

Egli fissa le indicazioni e descrive i metodi operatori e con tale pubblicazione dischiude nuovi orizzonti alla terapia di tale morbo, che alla chirurgia doveva i primi se pur incostanti successi. Non che fino allora i terapisti si

fossero disinteressati di tale malattia, chè anzi, come di tutti i morbi ad esito fatale, l'armamentario terapeutico si era andato arricchendo di mezzi molto numerosi e per il loro numero e per rispetto all'epoca abbastanza primitiva in cui si viveva. E accanto alle inalazioni di vapori di ossigeno, di acido fenico e di eucaliptolo, di mentolo, di trementina e di creosoto, vi era chi aveva usato la trementina, il creosoto, la terpina, il tolù per via digestiva, chi l'olio gomenolato e l'olio eucaliptolato per via sottocutanea, ed infine chi aveva osato iniettare per via intraparenchimatosa la trementina, il creosoto, il mentolo, il timolo, il bicloruro di mercurio, il permanganato di potassio, il naftolo. Ma tutto invano, perchè tali mezzi al massimo riuscivano ad attenuare il sintomo più spaventoso per gli infermi: il fetore dell'espettorato, ma non arrestavano il fatale andare della malattia.

E fino al 1910 solo il bisturi cercò di strappare qualche vita al suo fatale destino come lo dimostrano le statistiche di Lejars, Delbet, Basy, Walther, Terrier, Delageniere, Auvray, Lenhartz, Kissling, Koerte, Picot, che si susseguirono dal 1903 a tale epoca.

Nel 1911 riprendendo una via seguita già nel 1854 a New York da Horace Green, Guisez inietta per via intrabronchiale l'olio gomenolato e riferisce 12 casi guariti con tale metodo e Perrin suggestionato dalla presenza in molti casi di elementi fuso-spirillari nell'espettorato, per associazione d'idee con quanto già si faceva nell'angina di Vincent usa per primo nel 1913 le iniezioni endovenose di arsenobenzoli ottenendo in due casi due successi pieni.

Intanto Forlanini (1910) aveva esteso il suo concetto della collassoterapia anche a questa affezione dando modo a Weil (1918) di usare largamente tale mezzo, volgarizzandolo alla luce dei suoi successi. E nel nobile tentativo di ridare la vita a chi soffre sorgeva nel frattempo la immunologia con la vaccinoterapia e la sieroterapia, che dopo essersi interessate di altre affezioni rivolgevano la loro possibilità anche a questo morbo. Ed ecco Dufour e Semelaigne (1919) che incoraggiati dai risultati ottenuti in guerra dal siero antigangrenoso contro le gangrene gassose, provano con successo questo stesso siero nelle cancrene del polmone suscitando numerosi consensi (Rathery, Bordet, Houzel, Sevestre, Netter, Cambassedere) ma anche tenaci opposizioni (Weil). Nel breve volgere così di un ventennio la prognosi della gangrena polmonare si è radicalmente modificata grazie alla conquista di cinque gruppi di sussidi terapeutici, che l'ulteriore esperienza ha dimostrato, che anzichè elidersi si completano a vicenda.

Stato attuale della terapia della cancrena polmonare. — Questi 5 gruppi di sussidi terapeutici sono:

1) le iniezioni intrabronchiche e intratracheali;
2) l'arsenoterapia;
3) la sieroterapia e vaccinoterapia;
4) la collassoterapia;
5) l'intervento chirurgico.

A differenza quindi di altri morbi in cui la terapia, procedendo per progressivi perfezionamenti, di solito giunge ad un sistema che si impone sugli altri come il migliore, qui abbiamo cinque gruppi di cure che si contendono il campo. E la lettura delle pubblicazioni non è che una presentazione di grandiosi successi ottenuti da ciascun autore col proprio mezzo preferito, onde resta difficile al medico pratico farsi un vero concetto su questa terapia e su quanto si debba e si possa chiedere ai singoli sistemi.

*
* *

È utile quindi fare una breve rassegna ed una breve critica dei mezzi suddetti tralasciando di proposito il trattamento antico, già sopra citato e che si è mostrato assolutamente insufficiente se si eccettua la tintura d'aglio (da XX a XL gocce pro die) che avrebbe dato la guarigione in un caso di Loeper (1920) e in un caso di Lemierre, Kindberg, Piédelièvre (1920) già trattato però col siero.

I) *Iniezioni intrabronchiche e intratracheali.* — Hanno lo scopo di portare i medicamenti (olio gomenolato al 5 %-10 %; olio eucaliptolato al 5 %; olio guaiacolato al 5 %; argirolo al 5 %, elettrargolo) a contatto del focolaio cancrenoso. Usate largamente da Guisez (1911), da Rosenthal, Mosny, Lereboullet, Widal, hanno dato nelle loro mani dei successi che altri però (Devic) non hanno avuto la fortuna di poter confermare, e una critica attenta può oggi dire che tale mezzo dà più che altro dei miglioramenti, cosa questa più che logica quando si pensi alla quantità necessariamente limitata che di medicinale si può iniettare e che ancor minore diventa sotto gli impulsi di tosse che vengono ad agitare il p.

Se ne conclude che, da solo, questo fastidioso sistema non costituisce il trattamento di elezione della cancrena del polmone a meno

che il Lipiodol non possa realizzare delle qualità antisettiche molto più potenti dei precedenti medicamenti. È infatti di questi giorni la comunicazione al Congresso di otorinolaringoiatria di Rocchi di Roma, che ha ottenuto due successi in due soggetti trattati con questo mezzo già preconizzato da Sicard e Forestier nel 1928.

II) L'arsenoterapia deve la sua scoperta e i suoi successi alla genialità di Perrin (1910), che primo se ne servì.

Si tratta di un metodo semplice, non pericoloso, nè fastidioso come il precedente che ha dato buoni risultati, ma non assoluti in mano di ulteriori sperimentatori quali Pujol e Daunic in Francia, Voit, Alsberg, Gross, Reichmann e Weiss in Germania, Von Molnar in Austria e Kline negli Stati Uniti.

Se tutti sono d'accordo nell'usarla nelle forme di cancrena polmonare fuso-spirillare, dinanzi agli insuccessi subìti nelle forme di altra natura vi è chi consiglia di non insistere troppo su tale terapia ed è di questi giorni un lavoro di Neumann che vuole senz'altro istituito lo pneumotorace in tutti quei casi in cui dopo 10 giorni di cura persista ancora febbre ed espettorato putrido.

III) Tralasciando la *vaccinoterapia* che fin ora non può gloriarsi di alcun positivo risultato, troviamo invece innumerevoli i sostenitori della sieroterapia anticancrenosa che vorrebbe essere il mezzo sicuramente specifico nella cura di tale malattia.

Dufour, Semelaigne e Ravina l'adoperarono con successo in un caso nel 1920 adottando per tale infermità la cura già largamente usata in guerra per la cancrena gassosa e usando gli stessi sieri. Ad essi e saggiando a volta a volta le vie più diverse (via sottocutanea, intramuscolare, intravenosa, rettale e perfino intratracheale e transtracheale), venne dietro una lunga falange di sperimentatori, fra cui, come già per gli altri mezzi i francesi si distinsero. Vi si dedicarono infatti Houzel e Sevestre, Keil, Semelaigne e Coste, Netter, Denechau, Esteve, Quartier, Lemierre, Kindberg, Piédelièvre, Rathery, Cambassèdes, Rathery e Bordet, Achard, Dumarest, Leconte e Yacoel, Trabaud, Froment, Livrat, Weimberg adoperando miscugli in diversa misura di sieri antianaerobi (antiperfrigens, antioedematiens, antivibrione settico) e antiaerobi (antistreptococcico, antistafilococcico, antidifterico) o il siero polivalente di Leclainche e Vallée.

Ma tenendo conto che nella flora microbica della cancrena polmonare gli aerobi sono in minoranza e che tra gli anaerobi il vibrione settico e il T. oedemantiens solo eccezionalmente si riscontrano e il perfrigens è uno dei meno frequenti, specie in rapporto con la quasi costanza del ramosus e fragilis, ne veniva di conseguenza che tale mezzo non aveva affatto il carattere di specificità, che gli si voleva riconoscere e da esso dovevansi aspettare solo quei vantaggi che è capace di svolgere la proteinoterapia. Ed infatti la critica serena riferisce che se tale terapia ha di rado insuccessi completi, analogamente rari ne sono i successi pieni. Di solito si hanno miglioramenti che mettono il p. nella condizione di poter affrontare altre e più audaci terapie.

È ad ogni modo dimostrato che con tale mezzo le ricadute non sono impedite e tanto meno sono poi influenzate benignamente dal siero. A ciò si debbono poi aggiungere i gravissimi disturbi che il siero, a grandi dosi, arreca.

IV. *La collassoterapia* dà indubbiamente gran numero di successi che però sono subordinati alla necessità di praticarla secondo le indicazioni e con tecnica precisa.

Devesi essa praticare in forme pneumoniche uniche o a multipli focolai però rigorosamente unilaterali, che siano cavitarie, cioè ulcerate in un bronco lontano dalla parete cioè quanto più prossime all'ilo e in polmone libero da aderenze pleuriche parietali.

In tal modo si realizza lo scopo di vuotare la caverna cancrenosa e di metterne a contatto fra loro le pareti, nel mentre che, evitando le forme in immediato contatto con la pleura si elimina la possibilità della rottura della cancrena nel cavo pleurico con diffusione a questo di esso processo: cosa questa che si verificherà allora solo quando l'operatore eseguendo lo pneumotorace punge per errore il focolaio cancrenoso.

Nei casi di aderenze parietali Tuffier, Roux e Berger hanno adoperato allo stesso scopo lo « scollamento pleuroparietale della pleura » tamponando con un cuscinetto pneumatico allo scopo di comprimere il focolaio cancrenoso. Tale mezzo rappresenta già un ponte di passaggio dalla terapia medica alla

Terapia chirurgica che si propone di aggredire direttamente il focolaio polmonare.

Il trattamento chirurgico è l'unico trattamento nelle forme pleuriche putride.

Si può usare anche nelle forme pneumoniche, ma gli autori ne limitano l'uso solo alle forme cavitarie aderenti alla pleura e al pericardio e alle forme parenchimatose con bloc-

chi circoscritti, non rammolliti, non suscettibili di evacuarsi, per lo più di origine embolica.

Ad ogni modo è assolutamente necessario che si verifichino le tre seguenti condizioni:

1) che il focolaio sia unico;

2) che l'altro polmone sia sano;

3) che sia ben identificata la sede del focolaio.

Se a ciò aggiungiamo che l'intervento pneumotomico è mortale nel 30 % dei casi per lo choc operatorio, che non preserva da complicanze (meningite tardiva) che molte volte ha esito in fistola e in tutti i casi in cui si giunge a guarigione, questa è raggiunta con estrema lentezza, se ne conclude che si rimane ben perplessi dinanzi alla eventualità di affidare i pazienti al chirurgo senza aver prima adoperato terapie meno audaci, ma tali da dare in molti casi la guarigione e, in molti, degli evidenti miglioramenti.

*
* *

Onde da tale rassegna si ritrae che nelle forme spirillari sia da attuarsi senz'altro l'arsenoterapia, nelle altre la collassoterapia.

È solo nei casi in cui tali mezzi non sono appropriabili che è bene eseguire la sieroterapia o le iniezioni intrabronchiali. Sarà così possibile avere la guarigione in qualche caso, per lo più si potrà raggiungere quel miglioramento che renda possibile l'atto operatorio.

Ad ogni modo il problema della cura della cancrena polmonare è sempre arduo e deve studiarsi caso per caso.

È per questo che credo utile riferire due casi: uno occorso durante il mio servizio nel Reparto Isolamento dell'Ospedale al Policlinico Umberto I, l'altro, gentilmente favoritomi dal collega dott. Lorenzo Ferretti; ambedue costituiscono un modesto contributo alla terapia arsenobenzolica e inoltre ci offrono il verso a considerazioni, il primo circa la lunghezza del periodo di prova di tale terapia, il secondo circa una controindicazione a tale metodo.

CASO PERSONALE. — Il giorno 28 luglio 1930 veniva ricoverato all'Isolamento dell'Ospedale al Policlinico Umberto I, C. Renzo, di anni 18, da Corchiano.

Riferiva che il 14 dello stesso mese lagnandosi già da qualche giorno di malessere indefinito, astenia, inappetenza, cefalea, era stato colto da febbre elevata, preceduta da brividi di freddo che si era mantenuta costantemente intorno ai 39°-40° fin dalla sua insorgenza. Al II giorno di malattia aveva avvertito dolore puntorio alla base S. e dal IV giorno emetteva espettorato grigio-giallastro, fetido, la cui quantità era andata progressivamente aumentando. Talora strie sanguigne nello espettorato, il giorno precedente abbondante emottisi.

I precedenti anamnestici nulla dimostravano nel gentilizio e nello sviluppo dell'infermo. Il P. negava lue e malattie veneree, non era bevitore, modico fumatore.

Nella prima infanzia aveva sofferto rosolia; nel 1919 influenza durante la pandemia; nel 1927 malaria, di cui era perfettamente guarito.

E. O. Condizioni generali gravissime. Nutrizione e sanguificazione scadenti. Longitipo. Decubito semiseduto. Sensorio vigile. Incapacità a sostenersi in piedi anche per un istante. Pallore della cute e delle mucose. Emaciazione, discreta dispnea di frequenza, temperatura 39°. Polso ritmico, di frequenza 100, uguale, a pressione media.

Lingua umida, patinosa, alito fetido.

Torace ben conformato, simmetrico.

Percussionamento base S. immobile; in tutta la regione sotto-scapolare ottusità timpanica, netta che si smorza progressivamente nella regione interscapolo-vertebrale e sottospinosa. Nella zona ottusa f. v. t. accentuato e ascoltatoriamente soffio anforico con gruppi di rantoli umidi a medie bolle, uguali, in ed espiratori, broncofonia spiccatissima, segno del soldo caratteristico.

Nulla nel resto dell'esame.

L'esame del sangue per la R. W. negativo.

L'esame morfologico del sangue nulla dimostrava al di fuori di una leggera polinucleosi (leucociti 11.000).

L'espettorato raccolto in un bicchiere a calice era di colorito grigio giallastro, fetidissimo, della quantità di cmc. 500 giornalieri e si separava in tre strati dall'alto al basso: schiumoso, sieroso, purulento.

L'esame microscopico mentre dimostrava assenza di b. di Kock metteva in evidenza abbondante flora microbica sia bacillare che cocchiana e solo rari spirilli si incontravano qua e là.

L'esame radioscopico dimostrava una vasta ombra cavitaria piriforme alla base del polmone S. a ridosso immediato della parete toracica e avvolta da una spessa corteccia di addensamento.

Chiara era dunque la diagnosi di cancrena del lobo inferiore del polmone S. a tipo pneumonico, in periodo cavitario.

Per la terapia, escluso senz'altro lo pneumotorace perchè controindicato dalla posizione periferica del focolaio cancrenoso, esclusa per le condizioni estremamente gravi del p. la possibilità dell'intervento operatorio, esclusa la sieroterapia per i negativi generici risultati da essa offerti nel nostro reparto, escluse le iniezioni intrabronchiche per la nessuna pratica manuale di esse, iniziavamo senz'altro il trattamento arsenobenzolico servendoci del neosalvasan per via endovenosa non nascondendoci però un certo scetticismo basato sulla enorme scarsezza di elementi fuso-spirillari nell'espettorato.

Come si rileva dall'annessa grafica (fig. 1) abbiamo iniettato.

0.15 di neosolvarsan il 29-7-930 (giorno successivo alla entrata in ospedale; 0.30 il 30-7-930; 0.30 il 3-8-930; 0.45 l'8-VIII-930; 0.45 il 14-VIII-930; 0.60 il 19-VIII-930; 0.60 il 29-8-930, in tutto g. 3.30 nello spazio di 30 giorni. Ci siamo cioè uniformati al concetto classico di Perrin di somministrare dosi numerose e ravvicinate. Non abbiamo ottenuto reazione che per la prima e la seconda di g. 0,45

Dopo la IV iniezione (VI giono di cura) si notava una diminuzione del fetore dell'espettorato; dopo la V (XI giorno di cura) il p. era migliorato nello stato generale, ma la clinica e la radioscopia non apprezzavano miglioramenti locali; la febbre, interrotta dalle reazioni salvarsaniche, continuava a mantenersi sui 38°-38°,5 avendo solo assunto un andamento remittente da continuo che era, l'espettorato da cmc. 500 quotidiani si era ridotto a cmc. 350-400.

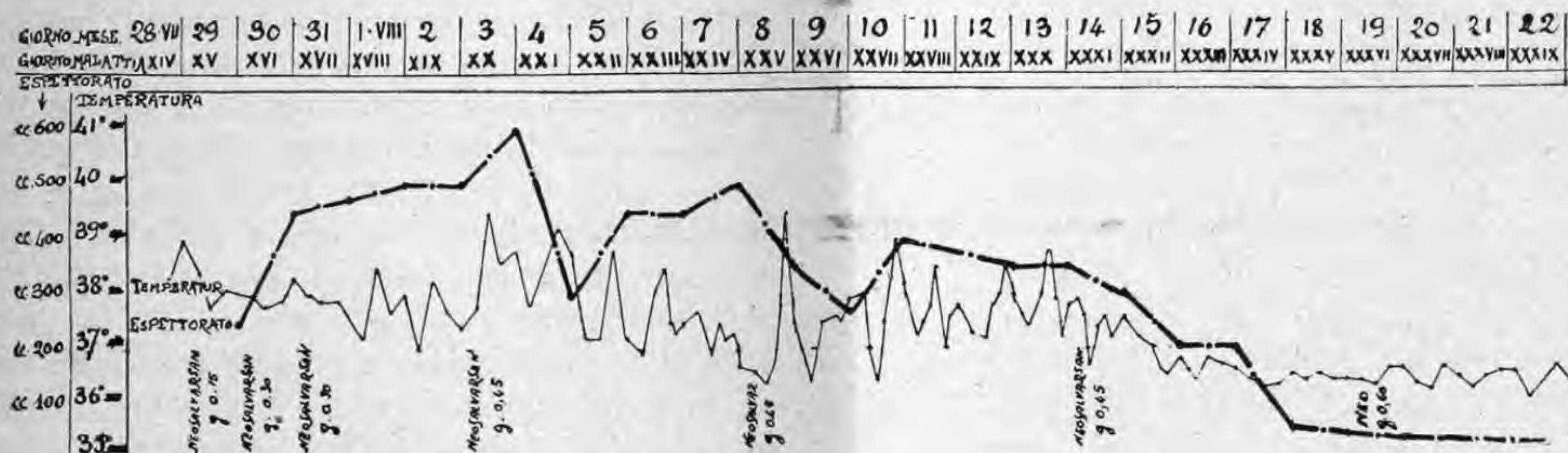



Fig. 1.

Mentre già si temeva che non si potesse ottenere di più, dopo la VI iniezione (XVIII giorno di cura) si osserva un decisivo miglioramento. L'espettorato quasi inodore si riduce a cmc. 300. La febbre cade a 37°. Localmente l'ipofonesi timpanica ha dato luogo ad una ottusità quasi di coscia in corrispondenza della quale si apprezza il respiro fievole, mentre che il soffio pur non il carattere di anforicità è ora debole. Ivi si nota retrazione della parete toracica. Il perimetro basilare è a S. di cm. 43 contro 47 cm. a D. e il perimetro angolomascellare è di cm. 46 a S. contro cm. 48 a destra.

L'esame radioscopico finalmente dimostrava una notevole riduzione di estensione nell'ombra cavitaria.

Col XIX giorno di cura il p. diveniva apirettico, col XXV l'espettorato si annullava mentre che il peso da Kg. 66 che era all'entrata in reparto (Kg. 76 prima della malattia) risaliva a Kg. 68 il XXIII giorno di cura, a Kg. 70.500 il XXVII giorno.

Il XXX g. si apprezzava localmente riduzione di suono, ascoltatoriamente non più soffio, ma murmure debole con scarsi sibili e ronchi. La radioscopia dimostrava una zona di addensamento irregolare in mezzo a cui si svelava ancora l'ombra cavitaria della dimensione di una piccola noce.

A questo momento si praticava l'ultima iniezione di neosalvarsan mentre che il p. era oramai decisamente in convalescenza.

Il 10 settembre LIII g. dall'inizio della malattia; XXXIII di cura si controllava la guarigione completa. Una massa cicatriziale rimaneva a ricordare l'affezione sofferta come si rileva dal radiogramma (fig. 2):

Caso del Dott. L. Ferretti. — Viene ricoverato il 2 agosto nel V Padiglione del Policlinico:

P. Umberto, di a. 36, da Zagarolo, vinaio. È stato colto il 26 luglio 1930, in pieno benessere, da febbre, che a tipo continuo si è mantenuta costante sui 38°. Il p. astenico, anoressico, dispnoico, ha presentato dapprima tosse secca indi con espettorato rugginoso, ora muco purulento.

Nulla si nota nel gentilizio e nello sviluppo del p.

Nei precedenti patologici vi è una malaria sofferta nel 1918 e guarita completamente.

E. O. Condizioni generali gravi.

Decubito supino. Sensorio vigile.

Nutrizione e sanguificazione scadenti.

Cute pallida secca. Lingua umida, detersa.

Adipe scarso.

Respiro frequente, superficiale dispnoico.

Polso ritmico di frequenza aumentata, ampio, piuttosto molle.

Torace: di forma e volume normale.

Si espande meno nella metà D. che nella S.

Percussoriamente si apprezza ipofonesi timpanica nella metà superiore dell'emitorace D. ove si

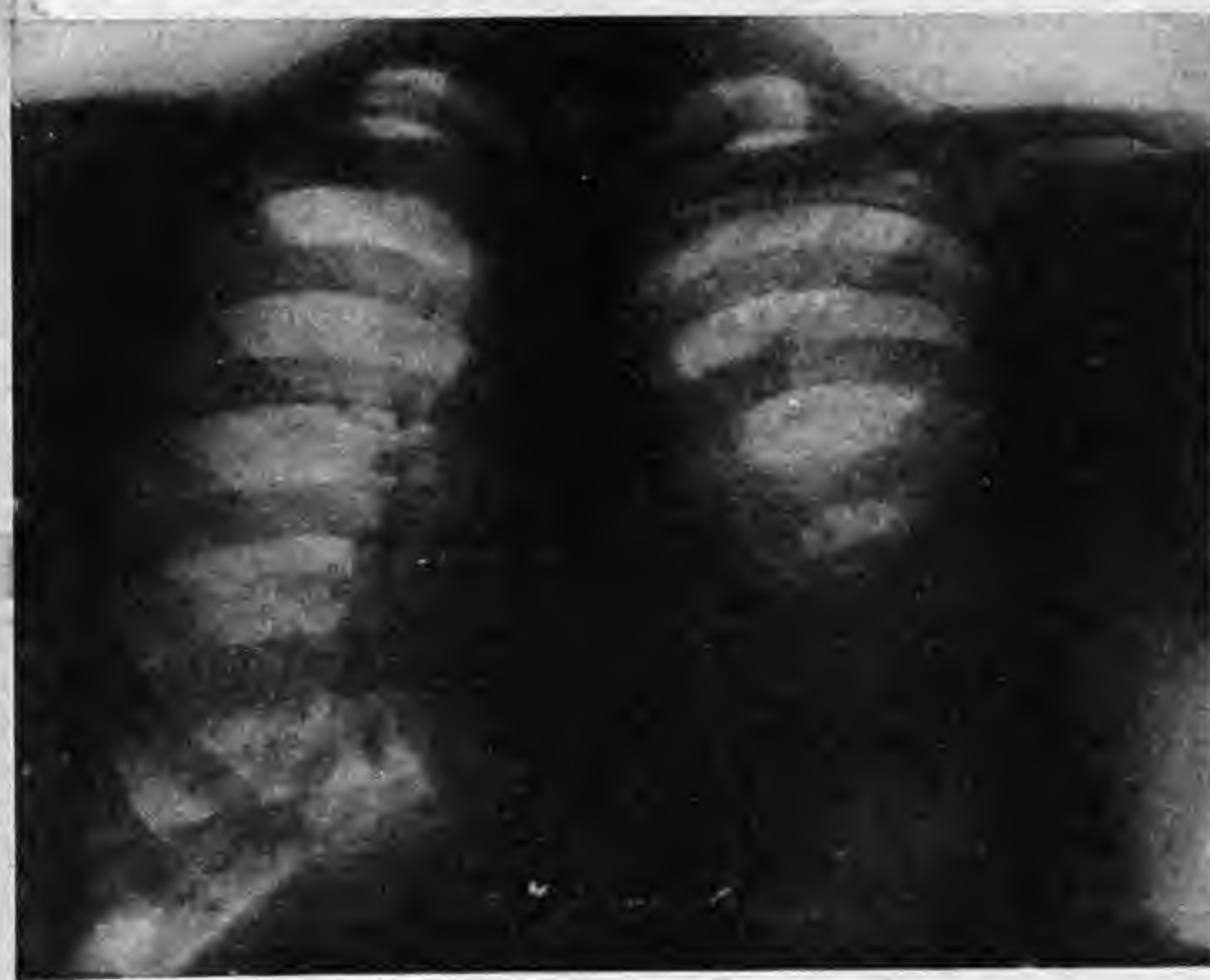



Fig. 2.

ascolta soffio bronchiale accompagnato da numerosi rantoli umidi a piccole e medie bolle, non uguali, non consonanti, in ed espiratori. Ivi f. v.t. rinforzato. Broncofonia netta. Nulla nel resto dell'esame. Esame delle urine negativo.

Posta la diagnosi di polmonite franca, nei dì successivi invece di assistere alla crisi, la febbre continua elevata assumendo però carattere d'intermittenza e il reperto obbiettivo non si modifica. Ci si trovava in presenza di una risoluzione ritardata che assumeva il tipo della cancrena polmonare a tipo pneumonico, il 7 agosto giorno in cui l'espettorato assume colorito grigio-verde e odore fetido, che si accentua nei dì successivi.

L'esame radioscopico il giorno 9 agosto dimostra opacità di tutto il lobo superiore D. con ombra cavitaria all'apice della regione ascellare e reazione pleurica circostante.

L'espettorato abbondante, che non è calcolabile nella sua quantità per l'indisciplina del p., si sedimenta nei tre stati caratteristici. Il suo esame microscopico mentre nega la presenza del b. di Kock dimostra insieme ad altri germi numerosissimi gli spirilli.

Si decide perciò di aggredire tale forma con l'arsenoterapia per via endovenosa e il 14 agosto si iniettano g. 0,30 di Neo I. C. I. cui il 18 agosto si fanno seguire g. 0,45.

Ma a tal punto intervengono emottisi ripetute che non si riesce a frenare con i comuni mezzi.

Si sospende così la terapia pur permanendo invariate le condizioni del p. ma il 27 agosto persistendo lo stato emottoico, si decide di riprendere la cura per non perdere altro tempo prezioso, tanto più che nello espettorato pullulano sempre le forme spirillari.

E il p. riceve il 27 agosto 0,60 di Neo I. C. I.

Il 2 settembre 0,60; il 5 0,60; l'11 0,60; il 16 0,75, il 21 0,75; il 27 0,50.

Si attua cioè una cura intensiva benchè controindicata dallo stato emorragico del p.

Già dal 12 settembre l'espettorato si riduce nella quantità e nel fetore e il p. si sente meglio per quanto localmente sia la Clinica che i raggi non apprezzano modificazioni evidenti.

Il miglioramento è però continuo, la temperatura non oltrepassa più i 35°,5 e tende annullarsi come pure l'espettorato e il 28 settembre sono evidenti i segni di una sclerosi avanzata del lobo polmonare D. superiore controllata anche radiologicamente.

Qualche gruppo di scarsi rantoli umidi e medie bolle danno spiegazione di qualche colpo di tosse che ancora persiste con emissione di scarso espettorato mucoso e non fetido.

Il p. dopo altri 20 giorni di convalescenza lascia l'ospedale perfettamente guarito.

La seguente grafica raccoglie l'andamento della temperatura e le variazioni di questa in rapporto con la cura neosalvarsanica.

FIG. 3.

CONSIDERAZIONI PERSONALI.

Il 1° caso su esposto dimostra una guarigione ottenuta con l'arsenoterapia nonostante la scarsezza degli spirilli nell'espettorato.

Benchè vi sia stato chi ha riferito (V. Molnar) di guarigioni in casi non spirillari è pur sempre utile richiamare l'attenzione sui grandi vantaggi che tale terapia apporta anche in quei casi in cui gli spirilli sono in minoranza.

Quale il meccanismo della guarigione in tali casi?

Il Neosalvarsan esercita allora un'azione generale e una speciale. Con la prima ricostituisce e rafforza il p. mettendolo in grado di combattere contro la sua infermità, con la seconda uccide gli spirilli facendo sì che le forze difensive non più distratte da questi possano concentrarsi sugli altri agenti patogeni. Occorre però persistere su tale cura, chè, effetti sicuramente decisivi non abbiamo ottenuto che al XVIII giorno.

Nel 2° caso, facile l'indicazione terapeutica, ci si trova a combattere contro una formale controindicazione all'arsenoterapia: l'emottisi. È infatti noto come in tali casi l'arsenico sia da mettersi da parte a causa del suo potere congestionante.

Il coraggio di opporsi a questa tradizione ha permesso invece il raggiungimento di un brillante successo.

Però anche qui non si sono avuti effetti decisivi che dopo 25 giorni, cioè dopo una cura intensa e protratta.

Questi due casi ci suggeriscono quindi degli insegnamenti che riepilogo nelle seguenti

CONCLUSIONI.

1) L'arsenoterapia è un metodo comodo e facile al quale è bene ricorrere con fiducia ed entusiasmo.

2) Di sicuro effetto nelle forme spirillari, riesce utile anche quando tali germi si trovino in minoranza.

3) L'emottisi non è una controindicazione a tale metodo.

4) A differenza di quanto dice Neumann, che vuole sostituiti all'arsenoterapia altri mezzi quando dopo 8-10 giorni di cura persista ancora febbre ed espettorato, noi affermiamo

sia indispensabile insistere ancora per altri giorni, almeno fino a XX, prima di intraprendere altre terapie (chirurgia, pneumotorace) che seppure più audaci si accompagnano però ad alte statistiche di mortalità.

RIASSUNTO.

L'A., fatta una rapida rassegna della storia della cancrena polmonare e della sua cura, viene ad esporre, al lume della moderna critica, lo stato attuale della terapia della cancrena polmonare.

Riferisce due casi brillantemente guariti con l'arsenoterapia e conclude doversi tenere in gran conto tale prezioso metodo anche in quei casi in cui gli spirilli siano scarsi nell'espettorato, persistendo con fede almeno per .. giorni nonostante possibili emottisi.

BIBLIOGRAFIA.

ALSBERG. *Quatre cas de gangrène pulmonaire.* Deutsche Med. Wochenschrift, 1920, n. 29.

AGERAD. *Traitement de la gangrène pulmonaire.* Bul. général de thérapeutique, 1925.

BRÉE. *Etude critique sur les injections intratrachéales.* Thèse de Lyon, 1920.

BECHER. *Gangrène pulmonaire guérie par le 914.* Presse médicale, 1920.

BAILLAT. *Contribution à l'étude pathogénique et thérapeutique de la gangrène pleuro-pulmonaire.* Thèse de Lyon, 1924.

BOIRAC. *La méthode des injections intratrachéales dans le traitement des affections broncho-pulmonaires aiguës.* Thèse de Paris, 1920.

CASTAIGNE. *Le traitement moderne de la gangrène pulmonaire.* Journal médical français, 1923.

CAUSSADE, ROSENTHAL, SURMONT. *Un cas de gangrène pulmonaire traité par la trachée-fistulisation.* Bulletin de la Soc. Méd. des hôp. de Paris, 1924.

CHEINISSE. *L'arsénothérapie et la sérothérapie dans la gangrène pulmonaire.* Presse médicale, 1921.

COHEN. *De la médication p. arsenicale dans la gangrène pulmonaire.* Thèse de Paris, 1925.

DAMAGNEZ. *Traitement des gangrènes pulmonaires par la sérothérapie antigangréneuse.* Thèse de Paris, 1921.

DAUNIC. *Gangrène pulmonaire et arsénothérapie* Soc. de méd. de Toulouse, 1922.

DENÉCHAU. *Pneumothorax artificiel et gangrène pulmonaire.* Bull. médical, 1922.

DENÉCHAU, ESTÈVE, QUARTIER. *Deux cas de gangrène pulm. traités par le pneumothorax et le sérum.* Soc. médicale des Hôp. de Paris, 1921.

DEVIC et RAVAULT. *A propos de sept cas de gangrène pulmonaire.* Journal de Méd. de Lyon, 1923.

DUFOUR, SEMELAIGNE et RAVINA. *Guérison d'une gangrène pulm. à la suite de la sérothérapie.* Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 1920.

DUMAREST. *A propos du traitement de la gangrène pulmonaire.* Gazette des Hôp., 1922.

DUPERRIER. *Essai sur la gang. pulm.* Thèse de Paris, 1902.

FROMENT et LÉORAT. *Un cas de gang. pulm. guéri par la sérothérapie et arsénothérapie associés.* Lyon méd., 1923.

GROSS-ZUR. *Behandlung der Lungengangrän mit Salvarsan.* Münch. Med. Woch., 1919.

GUISEZ. *Les injections intrabronchiques dans la gang. pulm.* Presse médicale, 1921.

HIRSCH. *Behandlung von Lungenabscess und bronchietasie mit salvarsan (Ther. de gangren).* Berlin, 1920.

HOUZEL et SEVESTRE. *Un cas de gang. pulm. guéri par le sérum.* Soc. méd. des hôp. de Paris, 1920.

KLINE et BLANKENHORN. *Spirochetal pulmonary gangrene.* Journal Am. med. Ass., Chicago, 1923.

LANGLE. *Les traitements nouveaux de la gang. pulmonaire.* Evol. méd. chir., Paris, 1923.

LECONTE et YACOEL. *Gangrène pulmonaire. Sérothérapie.* Soc. méd. des Hôp. de Paris, 1924.

LANZE. *Sur un cas de gang. pulm. traité par l'arsénothérapie, la sérothérapie, la teinture d'ail.* Echo méd. de Cevennes, 1924.

LEMIERE, KINDBERG, PIEDELIÈVRE. *Un cas de gang. pulm. traité par la sérothérapie et la teinture d'ail.* Soc. méd. des Hôp. de Paris, 1921.

LEREBOULLET et FAURE BEAULIEU. *Des indications des méthodes endobronchiques dans le trait. de la gang. pulm.* Progrès médical, 1912.

LEVY. *Traitements de la gang. pulm.* Thèse de Strasbourg, 1925.

LOEPER, FORESTIER et HURRIER. *La teinture d'ail dans un cas de gang. pulm.* Soc. méd. des Hôp. de Paris, 1921.

LOISELEUR. *Un cas de gang .pulm. guéri par le pneumothorax.* Ibid., 1920.

MOLNAR. *Zur Salvarsantherapie der Lungengangrän.* Wien. Klin. Woch., 1921.

NEUMANN. *Sul trattamento dell'ascesso e della gangrena del polmone.* Wiener Klinische Wochenschrift.

NETTER. *Un cas de gang. pulm. traité par les sérums.* Soc. méd. des Hôp. de Paris, 1921.

PEEMOLLER. *Zur Behandlung der Lungengangrän mit Berucksichtigung der Salvarsantherapie.* Deut. med. Woch., Leip. Med., Berlin, 1922.

PERRIN. *Traitement de la gang. pulm. par l'arsénothérapie.* Presse Méd., 1919.

PICOT. *Le traitement chirurgical de la gang. pulm.* Thèse de Paris, 1910.

ID. *Pneumotomie par gang. Résultats.* Journal de Chir. de Paris, 1919.

PUJOL. *De quelques traitements nouveaux de la gang. pulm.* Pratique Méd. française, 1921.

RATHERY et BORDET. *Gang. pulm. guérie par le sérum.* Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 1920.

RATHERY et CAMBASSÈDES. *Traitement de la gang. pulm. per la sérothérapie.* Bull. Méd., 1921.

REICHMANN. *Behandlung der Lungengangrän mit intravenosen salvarsaninjections.* Ther. Halbmon. Berlin, 1920.

ROSENTHAL. *L'injection intratrachéale transglottique.* Archiv. gén. de Méd., 1912.

ID. *Trachéofistulisation.* Soc. de thérapeutique, 1913.

ID. *Sérumthérapie trachéale.* Ibid., 1920.

ROUX, BERGER. *Gang. du poumon traité par le décollement pleuro pariétal et le tamponnement.* Soc. de Chir. de Paris, 1921.

SICARD et FORESTIER. *Diagnostic et thérapeutique par le Lipiodol.* Paris, 1928.

TRABAUD. *La valeur des méthodes actuelles du*

traitement de la gang. pulm. Soc. de méd. mil. franç., Paris, 1922.
TUFFIER. *Thoracotomie pour abcès gangréneux du poumon.* Soc. de Chir., Paris, 1916.
VOIT. *Lungengangrän durch Neosalvarsan.* Deutsche Med. Wochenschrift, 1919.
WEILL. *Le pneumothorax artificiel dans la gang. pulm.* Bull. de l'Académie de Méd., 1922.
WEIL, SEMELAIGNE et COSTE. *Dix cas de gang. pulm. traités par la sérothérapie antigangréneuse.* Soc. méd. des Hôp. de Paris, 1921.
WEISS. *Salvarsantherapie bei Lungengangrän.* Deutsche Med. Woch., Leipzig, 1920.
WEINBERG. *Le sérum antigangréneux et son emploi en thérapeutique.* Journ. méd. franç., 1923

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ospedale Provinciale di Zara - Sez. chirurgica.

Voluminoso echinococco del cervello.

(Osservazione clinica e anatomica)

per il primario dott. FRANCESCO GRAZIANI.

Le cisti idatidee intracraniche sono rare; di volume variabile, ordinariamente hanno sede nella convessità del cervello ed appartengono più spesso al tessuto cerebrale che alle meningi. Le cisti del cervello e del cervelletto nelle varie statistiche segnano appena il 2-2,50 %. Nella maggior parte dei casi sono costituite da una vescicola unica; dei pochi casi finora registrati solo in quello del Sandri trattavasi di echinococco multiplo del cervello. Sono poi stati registrati tre casi di echinococco alveolare o multiloculare, l'uno del Bider, l'altro di v. Hibler, il terzo di Elenowsky. Pel resto trattasi di echinococco polymorphus a vescicola unica.

La diagnosi è difficile perchè la sintomatologia è variabilissima, talora affatto muta.

Ritengo pertanto che per la diagnosi delle cisti di echinococco del cervello si debba applicare quanto il Mingazzini diceva qualche anno addietro a proposito della diagnosi di alcuni tumori cerebrali e cioè che il problema potrà trovare la soluzione soltanto nella raccolta di materiale clinico.

Tuttavia ancora la bibliografia è tutt'altro che ricca di osservazioni sull'argomento e i casi registrati finora riguardano pur troppo, per la maggior parte, osservazioni necroscopiche talora anche casuali.

Ritengo pertanto utile la presentazione dei dati più importanti del caso da me osservato.

A V., di anni 14, contadino, da Smilcich (Jugoslavia) entra in ospedale, sezione medica, l'8 giugno 1930; il 14 viene trasferito nella sezione chirurgica e il 15 muore.

Dai dati rilevati nelle due sezioni risulta:

Nulla di notevole nell'anamnesi familiare. Non ebbe prima malattie degne di nota, tranne che la malaria all'età di tre anni

Circa tre mesi addietro, i parenti lo fecero visitare da un sanitario, perchè il paziente accusava cefalea, non era più vivace come prima e si notava in lui una certa debolezza nei movimenti in genere e nella deambulazione in specie, qualche disturbo della digestione e dimagrimento progressivo. Aveva talora qualche lieve rialzo termico, saltuariamente. Il medico diagnosticò malaria larvata e lo curò in conseguenza.

Il malato peggiorò e circa 15 giorni prima del suo ingresso in ospedale la cefalea divenne intensa, continua e diffusa a tutto il capo, la debolezza aumentò specie negli arti inferiori; si aggiunsero vertigini e vomito frequente indipendente dai pasti, il paziente divenne sempre più apatico.

Il medico di fronte al progressivo e rapido peggioramento degli ultimi giorni, avviò il paziente in ospedale.

E. O. Condizioni generali molto scadenti: colorito della cute e delle mucose visibili, pallido, assenza di adenopatie nelle stazioni principali; costituzione scheletrico-muscolare gracile; lingua patinosa. Il malato si abbandona in posizione supina; è calmo, ma ottuso, confuso, inaccessibile; risponde poco e disordinatamente alle domande. Messo a sedere sul letto, tende a ricadere verso la posizione supina. In piedi non si regge e tende a cadere specialmente sul lato destro.

Testa: emiparesi totale dei rami del facciale e della lingua a sinistra. Pupille midriatiche; a sinistra abolizione di ogni reazione alla luce e all'accomodazione; all'esame del fondo, papilla da stasi; collo: nulla di notevole.

Torace: nulla degno di nota per gli organi respiratori; cuore nei limiti, itto al quarto spazio intercostale sinistro sull'emiclaveare. Toni cardiaci rinforzati su tutti i focolai e primo tono seguito da soffio sistolico. Ritmo cardiaco leggermente irregolare, bradicardico, con polso corrispondente raro, dicroto.

Addome: incavato, trattabile, flaccido. Con la percussione si sente il fegato risalito al margine superiore della quinta costola sulla emiclaveare; in basso si palpa debordante per due dita dall'arcata costale. Il suo margine libero è duro verso l'esterno, mentre nel centro e nella zona mediale si palpa una tumefazione teso-elastica dolente alla pressione. Si palpa tumore di milza.

Alvo stitico; minzioni scarse.

Sistema nervoso: emiparesi totale del facciale ed ipoglosso a sinistra. Paresi dell'arto superiore e inferiore destro: su questo lato si riesce a provocare riflesso al tricipide e al radiale; non riflesso rotuleo, nè achilleo. Positivo il Babinski a sinistra; negativo l'Oppenheim. Abolito a destra il riflesso addominale, normale a sinistra. Il riflesso cremasterico è normale a sinistra, attenuato a destra.

All'esame dell'urina si ha peso specifico 1021; colore giallo verdognolo, reazione acida. Albumina presente in tracce; assenti glucosio e muco pus. Pigmenti biliari presenti in tracce. Acido diacetico assente. Urobilina tracce, indacano presente, negativa la diazoreazione. Nulla nel sedimento.

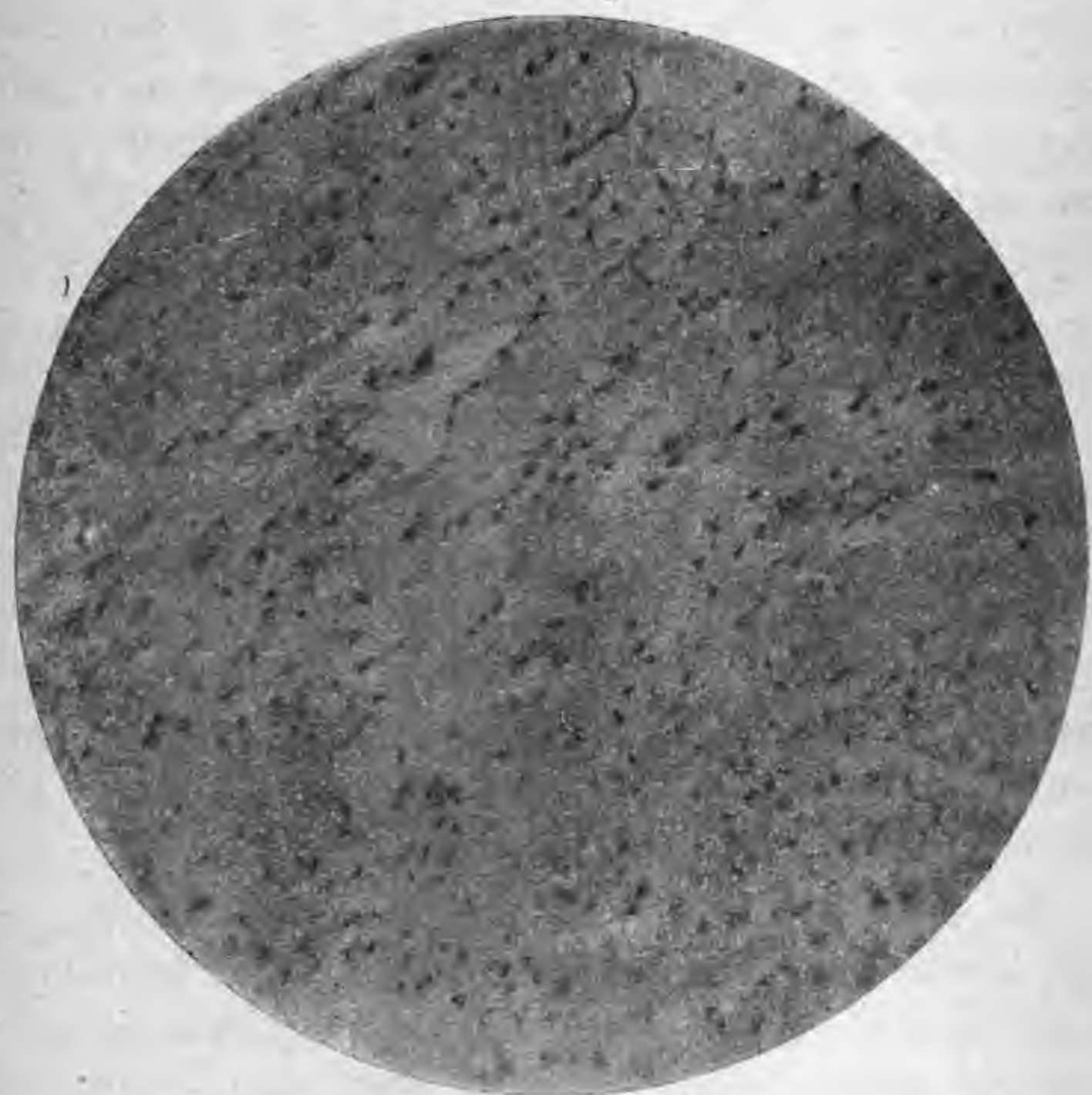
Per il sangue: Wassermann negativa; negativa la ricerca per la malaria; eosinofilia positiva.

Intradermoreazione del Casoni dubbia.

Con la *puntura lombare* si ha liquor pressochè limpido e pressione aumentata; nulla di rilevante all'esame chimico e microscopico.

Autopsia: testa: non esistono aderenze tra la faccia esterna della dura madre e quella interna della calotta cranica; normale lo spessore dei due tavolati ossei e quello della diploe, la dura madre è lievemente ispessita molto tesa, i suoi vasi venosi sono congesti. Sulla superficie di sinistra a due centimetri circa dalla scissura mediana, si notano numerose granulazioni del Pacchioni.

Aperte le meningi, la tensione del liquido subaracnoideo appare aumentata; il liquido fuoriesce in discreta quantità, ma è limpido e di colorito normale.

Sollevate le meningi, si osserva subito ingrandimento del cervello in toto, specialmente evidente all'emisfero sinistro, quivi giri e solchi sono distesi, appianati e sul lobo occipitale scomparsi. Aperto l'emisfero, si nota che la zona del precuneo è sostituita da una massa cistica del volume di un pugno che invade il lobo occipitale estendendosi nel lobo temporo-occipitale in avanti e verso il lobo parietale in alto, raggiungendo la linea mediana all'interno. La cisti pertanto comprime e spartisce il cuneo, il ventricolo sinistro e i grandi nuclei centrali dell'emisfero.

La cisti, appena si comincia ad aprire la sostanza encefalica, tende a fare ernia e si lascia poi scollare con relativa facilità. I fenomeni reattivi del tessuto nervoso circostante sono scarsi e macroscopicamente si limitano ad un ispessimento lieve della glia.

Dai caratteri della capsula e del liquido trattasi di una cisti di echinococco e lo conferma poi la presenza di uncini al microscopio.

Torace: nulla di notevole.

Addome: il fegato è ingrandito di un terzo; sulla faccia inferiore si osservano delle prominenze cistiche intercomunicanti. Sbrigliando la capsula di Glisson si estrae un'altra cisti di echinococco più grossa di quella del cervello. Null'altro di notevole si riscontra nel resto del fegato. La milza è ingrandita. All'esame istologico della sostanza cerebrale pericistica in preparati microscopici eseguiti con il metodo di Nissl al bleu policromo di Unna, si nota come è visibile nelle microfotografie (ingrandim. ocul. comp. 4 e obbiettivo 6 Koristka) (vedi fig.).

La citoarchitettura è alterata in quanto non si riesce a scorgere la tipica disposizione a strati delle cellule nervose le quali sono inoltre quasi uniformemente diradate e per la maggior parte circondate da uno spazio circolare. Rari sono i processi di neuronofagia. Si nota impallidamento dei corpi tigroidi, che in alcune cellule è più intenso intorno al nucleo, in altre invece alla periferia cellulare. Il nucleo è quasi sempre spostato verso la periferia della cellula. Alcune cellule infine si presentano atrofiche; scarse appaiono le grandi cellule piramidali. Nel complesso si nota una evidente sofferenza cellulare con processi di distruzione.

La diagnosi di echinococco epatico e cerebrale si presentò facile all'esame dell'ammalato fatto in ospedale, ma vano sarebbe stato ormai ogni tentativo operatorio. Poichè l'intervento sarebbe riuscito utile solamente se fosse stato possibile formulare più a tempo la diagnosi di natura e di sede.

La tumefazione epatica con i suoi caratteri poteva infatti far pensare ad una formazione cistica, che per essere il bambino nato e vissuto in Dalmazia avrebbe dovuto richiamare il pensiero sull'echinococco. E la eosinofilia e la Casoni (che dubbia due giorni prima della morte quando l'organismo ogni vitalità e ogni forza a reagire aveva perduto, sarebbe potuto essere positiva prima) avrebbero confermato la diagnosi di echinococco del fegato. Anche la Ghedini-Weimberg che noi non facemmo di fronte al rapido precipitare degli eventi e anche perchè la diagnosi clinica ormai era chiara, avrebbe potuto essere utile precedentemente. Nulla si sarebbe ricavato da un esame radiografico. Ma i parenti tre mesi prima avevano fatto visitare il paziente specialmente perchè egli soffriva di cefalea ostinata ed era cambiato nel suo contegno; non era più vivace come per l'innanzi, appariva debole con qualche disturbo nella deambulazione e dimagriva.

La cefalea ostinata, intensa e specialmente se localizzata ad una parte del capo è talora caratteristica delle neoformazioni cerebrali solide o liquide.

Nelle statistiche dell'ospedale di Zara è registrato un caso occorso all'allora primario dott. Marcelic, di una donna la quale in pieno benessere, fu colpita da cefalea violentissima non mitigabile con alcun rimedio.

Al terzo giorno decedette e all'autopsia fu rinvenuto una grossa cisti di echinococco nell'emisfero sinistro.

Ma se sospetto di localizzazione cerebrale fosse apparso nel nostro caso prima del ricovero in Ospedale, altri segni si sarebbero potuti ricercare. Poichè infatti la cisti risiedeva nel lobo occipitale comprimendone fra l'altro, anche la faccia interna e i nuclei, deformando e distendendo la scissura calcarina, necessariamente in un primo tempo, si sarebbe rilevata emianopsia corticale ordinaria e poi per aumento di compressione sul cuneo e sulla corteccia corrispondente al lobo occipitale si sarebbe potuto rilevare emianopsia bilaterale omonima. In seguito per l'evoluzione della cisti e per le alterazioni anatomiche successive i primi disturbi sensoriali della vista cedono il posto alla papilla da stasi.

Le vertigini e il vomito certamente intervennero quando la cisti per aumento notevole di volume giunse a comprimere tutte le parti circostanti cerebrali e cerebellari. Per la stessa ragione si può avere atassia cerebellare anche in casi di tumori e cisti dei ventricoli e del lobo occipitale. Atassia cerebellare infatti notarono i primi, il Broca, il Maubrac e il Wollemberg per tumori del lobo parietale e di quello occipitale. E sindrome prevalentemente cerebellare notò il Federici in un caso di echinococco del ventricolo laterale in un bambino. Infine continuando l'evoluzione e l'invasione della cisti nelle diverse regioni, si può giungere come nel nostro caso, alla paralisi preceduta o non da epilessia Jaksoniana. De Paoli nel 1897 al 12° Congresso della Società Italiana di Chirurgia sostenne il valore della percussione del cranio per la diagnosi delle lesioni cerebrali, e nella discussione della sua comunicazione Lampiasi e Durante lo confermarono e questi specialmente pei tumori dei bambini con idrocefali; secondo lui il fenomeno (suono di pentola fessa) può essere considerato come segno di raccolta liquida endocranica. Di poi anche il Vander Scheer e lo Slank (1916) dimostrarono il valore della percussione cranica localizzata. Anche secondo tali autori con la percussione combinata all'ascoltazione con lo stetoscopio, si possono rilevare tumori solidi o liquidi intracranici.

Ma a parte tale rilievo che non sempre è dimostrabile, nel nostro caso vari sintomi erano presenti in un primo tempo, ai quali altri si andarono aggiungendo fino a culminare negli ultimi quindici giorni di malattia, in una sindrome inequivocabile.

Il reperto istopatologico da noi rilevato si riconnette anch'esso alla importanza della diagnosi a seconda ch'essa venga formulata in un primo tempo o in un periodo successivo. Donde emerge che l'atto operativo mentre in un periodo avanzato può avere esito se mai *quoad vitam*, fatto più a tempo può essere utile anche *quoad functionem*.

Per quanto infatti la cisti idatidea sia in sè stessa una neoformazione benigna, tuttavia essa agirà diversamente sui tessuti circostanti a seconda del suo volume e a seconda del tessuto nel quale s'impianta. Nel fegato e in altri organi o tessuti si avrà rapidamente una attiva reazione che porterà alla formazione di una ectocisti a spese del connettivo dell'organo. L'ectocisti pertanto difenderà almeno fino ad un certo punto, l'integrità cellulare del tessuto.

Nel cervello non si può parlare di vera e propria ectocisti mancando il connettivo necessario alla formazione di essa. Vi sarà quindi una reazione pericistica che avverrà direttamente a spese delle cellule dell'organo. Queste si troveranno in un primo tempo, in uno stato di sofferenza per compressione progressiva; poi le cellule subiranno processi di trasformazione istopatologica fino all'atrofia e alla distruzione.

Se pertanto in un primo periodo l'intervento operatorio eliminando la causa della compressione potrà portare guarigione anche *quoad functionem*, questo non potrà più avvenire quando per alterazioni gravi o per distruzione degli elementi cellulari, la funzione ad essi connessa non potrà più ripristinarsi.

Infine è a notare che l'echinococco del cervello agisce sull'organo in modo particolarmente deleterio non solo per la delicatezza e l'importanza dell'organo, per le quali esso assurge a nobiltà massima nell'economia organica, ma anche perchè la compressione può essere sopportata fino ad un limite molto inferiore a quello di altri organi per la resistenza opposta dalla scatola cranica. Mentre la deficiente reazione ectocistica della sostanza cerebrale fa sì che la cisti possa più liberamente progredire nel suo volume.

Per tutte queste ragioni solo una diagnosi relativamente precoce potrà dare con l'operazione, completa guarigione nell'echinococco del cervello.

Questa localizzazione idatidea resta pertanto tra le più gravi non per la natura del morbo,

ma appunto per la frequente difficoltà di diagnosi.

Zara, 9 gennaio 1931-IX.

RIASSUNTO.

Dallo studio clinico, anatomopatologico e istopatologico di un caso di echinococco del cervello si riconferma come solo la tempestiva diagnosi può in forme simili, portare all'operazione. Scopo del lavoro è pertanto anche lo studio diagnostico al quale già contribuirono Maestri e chirurghi della Scuola Romana.

BIBLIOGRAFIA.

DE PAOLI e MORI. *Sulla percussione del cranio in rapporto alla chirurgia cerebrale.* XII Congr. della Soc. It. di Chirurgia, 1897.

DURANTE. *Discussione sulle comunicaz. De Paoli,* ibid. 1897.

LAMPIASI. *Discussione sulle comunicaz. De Paoli,* ibid., 1897.

SONNEMBURG. *Echinococco des Kleinhirus.* Deutsche Med. Woch., 1831.

FRANKE. *Echinococcus des Stirnhirns.* Deutsch Zeitsch. f. chir., 1902.

v. SCHLAGINWEIT. *Fall von intra und extrakraniell Echinococcus*: Ibid., 1905.

BERTA. *Contributo alla conoscenza dei tumori del IV ventricolo.* Riforma Medica, 1906.

SANDRI O. *Un caso di echinococco multiplo del cervello.* Riv. di Patol. nerv. e mentale, n. 2, 1906.

BIDER. *Echinococcus multiloculans des Gehirns.* Virchow's Archir., vol. CXLI.

FEDERICI O. *Un caso di echinococco del ventricolo laterale con sindome prevalentemente cerebellare in un bambino.* Riv. di Patol. nerv. e ment. .V. 11, f, 11. 1906.

ELENEWSKY. *Zur pathol. Anatomie des multiloc. Echinococcus beim Menschen.* Arch. f. Klin. Chir., 1907.

v. HIBLER. *Ein primare mehrherdiger Echinococcus alveolaris des Gehirns.* Wien Klin. Woch., 1910.

GORIO. *Cisti da echinococco del cervelletto.* Riv. di patol. nev. e ment., 1911.

ARTOM G. *Klinische und Pathologisch. Anatomischer Beitrag zum Studium des Hirnechinococcus.* Monat. f. Psych. und Neurol., Bd. 38, 1915.

KNAPP A. *Schadelpunktion bei Gehirnzysten und ihre Bedenken.* Med. Klin., n. 36. 1918.

AIEVOLI. *Cisti da echinococco del cervello. Rivista Sintetica.* Riforma Medica, 1920.

ALTSCHUL R. D.-ANGELIS L. *Ueber eigenastige begleisimptome eines Stirnechinokokkus.* Monat. I. Psych. Neurol. Band. 66, n. 5, 6, 1927.

ALUSROLDO. SEPICHE, DOWLING. *Epilessia jaksoniana porquiste hidatico simulando una hidrocefalia interna.* Rev. Argent. de Neurol. Psig. y Med Leg. A. 1, n. 2, 1927.

GIEDLING und PETERS. *Echinokokkus des Gehirns.* Klin. Woch., n. 15, 1927.

MORGERIO L. *La cyste hidatique du cerveau chez l'enfant.* Arch. de méd. des enfants, luglio 1929.

COMMENTI.

CLINICA MEDICA DELLA R. UNIV. DI PALERMO
diretta dal Prof. MAURIZIO ASCOLI.

In tema di cura medica dell'epatite amebica colliquata

per il dott. F. SERIO, aiuto e docente.

Nel numero 6, 1931, di questo periodico, il prof. Casoni occupandosi della cura dell'epatite amebica colliquata veniva alla conclusione che, eccezion fatta per le forme secondariamente infette e per quelle in cui si avvera la perforazione in uno degli organi viciniori, il trattamento da seguire è sempre quello internistico (emetina).

Sulla base della larga esperienza della nostra clinica sull'argomento, mentre conveniamo nella linea di massima sostenuta dall'egregio prof. Casoni, richiamiamo l'attenzione su alcuni casi meno comuni nei quali, malgrado ogni trattamento emetinico, le condizioni generali peggiorano ed è giocoforza affidare l'ammalato al chirurgo. Valga come esempio il seguente di nostra recente osservazione.

P. A., pittore, di a. 49, da Casteltermini. Nulla di notevole nell'anamnesi remota; nessun precedente intestinale degno di nota. Un anno prima dell'ingresso in Clinica, avvenuto nel dicembre 1930, ebbe a soffrire di una affezione respiratoria febbrile di cui non sa precisare i caratteri, guarita completamente dopo due mesi di cure. All'atto del ricovero riferiva di sentirsi male da tre mesi durante i quali aveva avvertito inappetenza, facile stanchezza, dolore a carattere gravativo all'ipocondrio destro, tosse con abbondante espettorato prevalentemente mucoso, dispnea, febbre irregolare per lo più intermittente ed elevata (38°-39°).

E. O. Normotipo in condizioni di nutrizione generali scadute. Cute e mucose pallide; non edemi. P. 84; R. 18; T. 36°,8.

Torace: nulla di notevole a carico dell'emitorace sinistro, che appare completamente normale. Alla base di destra si osserva abolizione del f. v. t.; ipofonesi dall'angolo della scapola in giù; affievolimento del murmure vescicolare.

Il fegato appare considerevolmente ingrossato: il margine inferiore sporge dall'arco costale sull'emiclaveare di cinque cm. La superficie dell'organo è liscia; la consistenza molliccia; la pressione suscita vivo dolore; si palpa un netto sfregamento periepatico.

Nulla a carico dell'apparato cardio-vascolare. Milza nei limiti normali.

Per quanto l'esame delle feci non avesse rilevato la presenza di parassiti, la diagnosi di epatite amebica colliquata era di quelle che si impongono per diretta. Una puntura esplorativa praticata in corrispondenza del 9° spazio sull'angolare destra dette esito a un essudato pleurico citrino (pleurite reattiva): affondando l'ago nel parenchima epatico furono estratti 900 cmc. di

un liquame purisimile coi caratteri classici del pus amebico, che all'esame batterioscopico e culturale si dimostrò sterile. Al termine dello svuotamento furono iniettati nella cavità ascessuale 2 cg. di emetina.

Si inizia il trattamento emetinico combinato per clisma e per via ipodermica: al termine del primo ciclo di cura (39 cg.) la febbre è quasi scomparsa, ma le condizioni generali sono tutt'altro che migliorate. Il fegato è sempre considerevolmente ingrossato: una nuova puntura evacuatrice dà esito a 650 cmc. di pus coi caratteri precedentemente notati. La persistenza del focolaio ascessuale ci indusse a rimettere l'ammalato al chirurgo: l'intervento operativo mise in luce una cavità delle dimensioni di una testa di feto. Purtroppo il paziente veniva a morte dopo alcuni giorni per una complicanza post-operatoria.

Casi del genere, che per nostra esperienza non sono del tutto eccezionali, stanno a dimostrare che se l'emetina è in grado di condurre a guarigione le epatiti amebiche parenchimatose, non sempre riesce di uguale efficacia quando si sia arrivati alla colliquazione del focolaio d'infezione e che, ove esista un *caput mortum* di ragguardevoli dimensioni, bisogna intervenire chirurgicamente prima che avvenga l'apertura della sacca in un organo viciniore o prima che la progrediente cachessia suppurativa non renda vano ogni tentativo operatorio.

SUNTI E RASSEGNE.

UROLOGIA.

La prostata nella pratica generale.

(WALKER. *British Md. Journal*, 21 marzo 1931).

La prostata è un organo che ha molta più importanza nel campo della patologia che in quello della anatomia o della fisiologia. Questa differenza è dovuta al fatto che la prostata è situata all'incrocio delle vie urinarie e genitali. È interessante quindi per il pratico una breve rassegna dei disturbi dello stato generale che possono derivare da una lesione di questa ghiandola.

Possiamo per comodità dividere le malattie della prostata in 5 capitoli:

1) *Lesioni infiammatorie*. La prostatite può essere *acuta o cronica*. I sintomi della forma acuta sono così evidenti che la diagnosi non lascia il più delle volte alcun dubbio.

La forma cronica si presenta invece sotto varie forme che possono rendere difficile la diagnosi: i sintomi sono in generale a carico sia del sistema urinario che del genitale: il più comunemente i paz. accusano frequenza e dolore nella minzione e senso di fastidio profondamente nel perineo dopo eccitazioni sessuali. Alcuni accusano anche dolore in altre regioni, al pene, al sacro o in uno dei testicoli, i quali possono essere aumentati di volume, altri hanno anche notato di tanto in tanto una piccola goccia al meato uretrale e ricordano di aver avuto disturbi simili alcuni mesi od anni prima.

Da notare due punti: che la frequenza e il dolore della minzione, che sono comunemente accettati come sintomi di una lesione vescicale possono essere altrettanto bene il risultato di una lesione prostatica e che l'assenza nella storia di una infezione gonococcica non esclude la possibilità di una prostatite.

La prostata è un campo favorevole per ogni microbo invasore ed una volta che questo è riuscito a penetrare nei dotti della ghiandola lo scacciarlo diventa molto difficile.

Un focolaio cronico della prostata può dare sintomi che fanno deviare dalla giusta diagnosi: può dare dolori vaghi alla regione lombo-sacrale e può simulare una sciatica o un reumatismo cronico. Un esame rettale chiarisce la diagnosi.

2) *Ipertrofia prostatica*. I sintomi diretti (difficoltà nell'urinazione ecc.) sono di facile interpretazione.

Non altrettanto facile è il riconoscimento dei disturbi dello stato generale. L'A. racconta di un paziente, la cui vescica era a metà strada verso l'ombelico e che si era presentato accusando nausea e vomito.

Poco dopo un interrogatorio ed un esame accurato si seppe che i sintomi gastrici erano stati preceduti da una lunga storia di minzioni difficili e si spiegò il vomito, che era il sintoma dell'iniziantesi uremia.

La bocca secca, l'anoressia, la sete, la cefalea, le nausee messe insieme con una elevazione della pressione sanguigna e con un'albuminuria spingono alla diagnosi di nefrite cronica e non si pensa che il disturbo renale è secondario ad una ostruzione prostatica di lunga data.

Una stretta connessione esiste fra i riflessi della minzione e della defecazione: così che a molti pazienti con la vescica dilatata riesce difficile o impossibile vuotare il retto naturalmente.

Quando la quantità di urina residua in vescica cresce, la funzione dell'intestino è ostacolata e si ha costipazione, dolori addominali e flatulenza: sono questi disturbi, più che quelli della minzione, che inducono il paz. a farsi visitare.

3) *Processi maligni della prostata*. Il *carcinoma* è un altro esempio di lesione silenziosa. Spesso unici sintomi sono la debolezza e la diminuzione di peso: in altri casi si ha dolore alla regione lombo-sacrale e la diagnosi di sciatica è spesso posta.

I sintomi urinari possono essere minimi e non notati dal paziente. È sorprendente la piccolezza del focolaio primario in confronto con le estese infiltrazioni secondarie del sacro e dell'ilio. In casi in cui si può appena palpare un nodulo in uno dei lobi, la radiografia mostra che il bacino è invaso dal neoplasma. La radiografia è di grande importanza per la diagnosi.

4) La prostata come punto di partenza di *neurosi sessuali* ha notevole importanza. E ciò si spiega essendo la prostata così riccamente innervata e così intimamente legata alla funzione sessuale. Vi sono pazienti in cui il dolore perineale post-coitum o l'eiaculazione prematura, o la frequenza della minzione produce uno stato di ansietà e di timore il cui risultato è in generale la neurastenia. In questi paz. che hanno la maggior parte sofferto in passato di prostatite gonorroica nulla si trova all'esame locale. Il massaggio gentile e la cura diatermica locale, agendo anche psichicamente, danno buoni risultati.

5) Delle altre malattie della prostata le più importanti sono la *tubercolosi* che è secondo l'A. primitiva, non secondaria alla t.b.c. dell'epididimo e la *calcolosi* della prostata la quale dà i sintomi delle infiammazioni croniche, ma che può essere da queste differenziata all'esame rettale, essendo di consistenza maggiore: la radiografia poi ne dà la certezza.

G. LA CAVA.

Il rene pelvico nella donna.

(LAFFITTE E SMITH. *Journ. d'Urologie*, t. 30 n. 5, 1930).

La diagnosi di questa varietà di rene ectopico congenito è assai difficile. Essa può essere più agevole nelle donne per la frequenza degli esami e per l'evoluzione e le complicazioni. Gli AA. riferiscono un caso di osservazione personale in cui la diagnosi avrebbe potuto essere posta con certezza se fossero stati debitamente vagliati alcuni sintomi. Trattano quindi del quadro clinico dell'affezione e dell'importanza degli esami urologici ed espongono le norme generali per il trattamento.

Il caso personale riguardava una giovane donna, ricoverata d'urgenza con diagnosi di gravidanza extra-uterina.

Sospensione delle mestruazioni da due mesi, e da 4 giorni dolori pelvici a tendenza sincopale. Non metrorragia.

All'esame ginecologico: utero come da gravidanza al 2° mese e presenza di una massa postero-laterale destra dura, liscia, immobile, dolente, separata per un *largo solco* dall'istmo uterino.

Negli antecedenti si trova un parto prematuro distocico.

All'intervento si trova un utero gravido con annessi perfettamente sani. La tumefazione postero-laterale ha una forma assai allungata, quasi bilobata ed è retroperitoneale. Si pensa a un rene e se ne asporta un frammento per l'esame istologico. Chiusura dell'addome. L'esame istologico mostra un tessuto renale normale.

All'8° mese di gravidanza non si ha ancora alcun impegno e nemmeno al momento del travaglio. Si pratica allora una cesarea bassa con buon risultato per la madre e per il feto. Gli esami urologici praticati successivamente mostrano un rene destro in ectopia pelvica.

Sintomatologia del rene pelvico. Condizione essenziale è di pensare alla possibilità di tale ectopia: gli esami urologici che in conseguenza si praticano conducono alla diagnosi certa.

Molto spesso la sintomatologia è assai scarsa. Sovente esistono *fenomeni dolorosi* che possono avere importanza solo quando assumono il tipo di una colica nefritica. La loro spiegazione resta oscura e solo nella metà dei casi si possono riferire a lesioni di idronefrosi. Nei casi fortunati si ha una sintomatologia urinaria: poliuria, pollachiuria, ematuria e talora piuria e febbre (idronefrosi infetta). In tali casi l'attenzione viene richiamata sull'apparato urinario e gli esami urologici conducono a una diagnosi esatta.

Negli *antecedenti* della paz. hanno importanza gli aborti tardivi (3° e 4° mese) e sopratutto i parti distocici.

All'esame clinico si può avere, quando lo permette lo stato della parete addominale, il reperto palpatorio di una massa reniforme e di pulsazione arteriosa in uno dei suoi bordi. La pulsazione è del più alto valore quando si è sicuri che non sia trasmessa. Importante anche l'assenza della zona normale di ottusità renale che è sostituita da timpanismo.

I segni più importanti sono dati dall'esame ginecologico: Anomalie possono essere rilevate a carico della vagina e dell'utero (infantilismo). La tumefazione ha sede postero-laterale rispetto all'utero ed è bene apprezzabile attraverso il fornice.

La forma e la consistenza variano secondo che si tratta di un rene sano o idronefrotico. Quasi sempre è fissa ed è nettamente separata dall'utero per mezzo di un solco notevolmente più largo e più profondo di quello che non sia per una tumefazione annessiale. Le ricerche urologiche hanno un valore indiscutibile, specialmente il cateterismo ureterale, che dimostra un arresto dopo 8-10-15 cm., e la pielografia che precisa la situazione del rene pelvico e la forma e il volume del bacinetto.

La diagnosi in base ai segni suddetti deve essere posta coi fibromi, con le cisti, con le salpingiti. Nello stato gravidico, all'inizio deve

evitarsi la confusione con la gravidanza extra-uterina, l'ematosalpinge, l'ematocele retro-uterino. I caratteri dell'utero gravido e l'assenza di metrorragie servono a impedire tale confusione.

Nella gravidanza a termine fra le cause di mancato impegno nella primipara bisogna ricordare il rene pelvico, che può essere svelato dalla pielografia.

Per *la cura* bisogna distinguere caso da caso. Se il rene è malato, è indicata la nefrectomia previa verifica funzionale dell'altro rene.

Se si tratta solo di un rene doloroso l'indicazione operatoria si deve porre con circospezione e riservarla ai casi di dolori gravi.

Essendo note le difficoltà e i cattivi risultati della pessia, l'intervento consisterà in una nefrectomia. Dal punto di vista ostetrico all'inizio della gravidanza, se il rene pelvico è malato, conviene praticare la nefrectomia, se è sano e se si tratta di una primipara o di una pluripara senza precedenti distocie si può aspettare riservando l'intervento al momento del parto se questo sarà distocico.

L'intervento allora consisterà in una cesarea e nell'asportazione del rene pelvico.

N. d. r. — Un caso di rene in ectopia pelvica, in una donna incinta al 3° mese, che in una prima gravidanza era stata sottoposta a taglio cesareo, è stato recentemente operato (nefrectomia) dal prof. Alessandri nella R. Clinica Chirurgica di Roma, con ottimo risultato per la madre e per il feto. G. PACETTO.

I principî dell'urografia intravenosa.

(LICHTENBERG. *The British Journal of Urology*, dicembre 1930, vol. II).

L'A. dopo aver ricordato la storia di questo argomento, crede di poter interpretare i risultati di più di 700 casi, formulando così le indicazioni e le limitazioni dell'urografia per via endovenosa. Afferma che il successo clinico dell'urografia per via endovenosa dipende principalmente dall'ottenere la sostanza di contrasto in concentrazione sufficiente per rendere visibile con regolarità e sicurezza l'apparato urinario.

Ricoda le prerogative dell'uroselectan che viene eliminato con l'urina in alta concentrazione, che non è tossico nelle dosi usate e che dà una visibilità molto chiara. Con questo mezzo d'indagine si rende visibile il tratto urinario e si possono stabilire i rapporti con gli organi viciniori; si hanno delle informazioni circa la funzione del rene mediante esami radioscopici e radiografici sommati ai risultati chimici qualitativi e quantitativi; inoltre si ha nozione sulla dinamica dell'apparato urinario.

L'A. afferma che l'intensità dell'immagine è dipendente nella maggior parte dei casi dallo stato funzionale del rene. Così le gravi lesioni bilaterali del rene, specialmente quelle mostranti un danno del parenchima, non danno alcun quadro oppure danno un'immagine molto povera e tardiva. Un quadro chiaro si ha solo quando la funzione del rene sia soddisfacente.

L'A. aggiunge che il riempimento a contrasto del tratto urinario è ottenuto principalmente quando le diverse porzioni dell'apparato siano rilasciate (in diastole). Quando invece sono contratte non vengono riempite e perciò non possono essere viste. Dai vari studi dell'A. risulta che i disturbi minori della funzione del rene non possono essere valutati mediante l'urografia endovenosa, e che la dimostrazione funzionale mediante la visibilità radioscopica e radiografica non può essere un metodo preciso.

Nelle malattie unilaterali è possibile localizzare queste; in quelle bilaterali si può dire quale sia il lato più malato. I disturbi della dinamica sono sorgenti di errori nel giudicare il funzionamento del rene. Dopo le ricerche di Heckenbach si sa che il calcolo quantitativo di uroselectan nell'urina non può essere applicabile come prova clinica della funzione del rene.

Contrariamente a quanto si credeva fino a poco tempo fa, l'uroselectan è presente nel sangue per lungo periodo dopo l'iniezione.

I dottori Hughes e Schaffhauser hanno fatto delle ricerche sui reni di rane trattate con iniezione endovenosa di uroselectan, ed hanno potuto trovare quantità apprezzabile di iodio nel filtrato glomerulare. Da ciò si deduce che la quantità maggiore di uroselectan viene eliminata attraverso il sistema glomerulare. Nelle alterazioni glomerulari si ottengono difatti scarse immagini; così pure si hanno scarse immagini nelle infezioni piogeniche, parenchimatose e in molti casi di tumori e di tubercolosi. Invece nelle malattie che cagionano ritenzione, risultante principalmente dal danno tubulare, anche se in istato avanzato, si hanno delle buone immagini.

L'A. conclude che l'urografia per via endovenosa può essere impiegata in quei casi in cui la cistoscopia non riesce o presenta delle gravi difficoltà. Può essere adoperata pure in quei casi in cui il cateterismo degli ureteri o la pielografia strumentale non si può fare perchè pericolosa. Dal punto di vista clinico l'urografia per via endovenosa è indicata nelle seguenti condizioni:

1) In quei casi in cui, per motivi anatomici, patologici e tecnici, è impossibile adoperare cistoscopi, cateteri ureterali o pielografia strumentale.

2) Nei casi di ostruzione ureterale.

SCANDURRA.

Tono simpatico renale, dolore renale e simpatectomia renale.

(S. HARRY HARRIS e RICHARD G. S. HARRIS. *The British Journal of Urology*, n. 4, 1930).

Solo in questi ultimi anni lo studio del tono simpatico ha acquistato un posto ben definito come fattore etiologico di alcuni disturbi dell'apparato urinario.

Gli AA. pubblicano alcune osservazioni raccolte dall'Urologo dell'Ospedale di Lewisham, durante gli ultimi quattro anni. Fin d'allora la loro attenzione fu richiamata sulla possibilità di una base neuropatica in alcuni ammalati sofferenti di gradi diversi di dolori renali e nei quali uno studio completo urologico non aveva fatto rilevare alcuna anormalità. In uno di questi ammalati gli AA. fecero l'enervazione del rene e siccome il risultato oltrepassava le loro speranze, hanno ripetuto l'operazione su 28 ammalati con grande soddisfazione e senza ritorno del dolore, benchè in un ammalato hanno dovuto eseguire la stessa operazione sul rene opposto. In alcuni dei loro ammalati vi era tono simpatico generalizzato (riflessi del ginocchio aumentati, prolungato tempo di rilasciamento, clono dello stesso lato).

Oltre che in questi casi gli AA. hanno eseguito la simpatectomia renale su un ammalato con *cosidetta ematuria essenziale proveniente dal rene destro*, e su un secondo ammalato con nefrite parenchimatosa. Nel primo hanno eseguito la simpatectomia renale nell'ipotesi che ci fosse spasmo di uno o possibilmente di più muscoli papillari ad anello che circondano la base della papilla, determinando così ingorgo venoso di essa.

L'operazione è riuscita benissimo e sono 14 mesi che l'ammalato non urina più sangue. L'ammalato di nefrite aveva fatto intense cure mediche senza risultato. Gli AA. hanno eseguito la simpatectomia in ambedue i reni, con un intervallo di tre mesi fra le due operazioni. È passato un anno e l'ammalato non ha urinato più sangue.

Gli AA. spiegano quest'ultimo risultato dovuto alla vasodilatazione e circolazione migliorata susseguite alla simpatectomia.

INDICAZIONI DELLA SIMPATECTOMIA RENALE BASATE SUI RISULTATI DELLA PIELOSCOPIA E PIELOGRAFIA.

Gli AA. dividono le indicazioni della pieloscopia e pielografia per la simpatectomia renale (in casi di supposta esistenza del tono simpatico renale) in tre gruppi.

Gruppo A. — Irregolari ed incomplete contrazioni dei calici e pelvi renali, dimodochè l'impulso della peristalsi o non arriva o non passa oltre all'unione dell'uretere pelvico. Il tempo di svuotamento è prolungato. Questo gruppo è caratterizzato da intermittenti dolori a tipo di colica, di media intensità. Probabilmente i dolori dipendono da *uno spasmo neurogeno o da ostruzione dei colli dei calici o all'unione uretero-pelvica*. Le ricerche di Max Brödel hanno dimostrato che ci sono una serie di muscoli ad anello circondanti le *basi delle papille, i colli dei calici minori e i colli dei calici maggiori*, e un muscolo più sviluppato all'unione dell'uretere pelvico. Questi muscoli, come qualsiasi altro sfintere, sono normalmente in uno stato di contrazione tonica; il tono simpatico rende il loro rilasciamento difficile, cioè induce una condizione di spasmo, si ha aumento della pressione intrapelvica e di quella dei calici per cui dolori. La simpatectomia rimuove facilmente questo ostacolo, fa diminuire la tensione e il dolore.

Perchè la simpatectomia renale possa avere i suoi benefici effetti è necessario che, se ci sono *ostruzioni organiche dell'uretere*, vengano queste prima rimosse. L'associazione delle due condizioni cioè ostruzione neurogena e organica, non è affatto rara; e due degli ammalati degli AA. con ostruzioni anatomiche dell'uretere, dopo la dilatazione della strettura, per completare la cura richiedevano simpatectomia renale.

Gruppo B. — Aumentata forza delle contrazioni, associata generalmente a dilatazione delle pelvi renali e ingrandimento dei calici. Tempo di svuotamento prolungato. Questo gruppo clinicamente è caratterizzato da più persistente dolore con esacerbazioni.

Secondo gli AA. molti casi di *idronefrosi* senza causa evidente potrebbero essere spiegati da aumento del tono simpatico.

Ricordano che le ostruzioni di natura neurogena e i dolori che le accompagnano sono temporaneamente sollevati dall'iniezione *ipodermica di eserina*, la quale determina delle contrazioni dimostrabili facilmente con la pieloscopia.

Il ripresentarsi dei sintomi dopo il sollievo temporaneo dovuto all'eserina è un'indicazione certa per la simpatectomia renale.

Gruppo C. — Dilatazione ed immobilità di un solo calice e suo ritardato svuotamento. In due ammalati gli AA. hanno constatato che le pelvi renali e i calici normali si riempivano progressivamente e più o meno simultaneamente, mentre un calice stentava a riempirsi, restava immobile e il suo collo invisibile, forse in stato di spasmo. Dopo 20', quando tutti gli altri calici avevano vuotato il contenuto, quello alterato rimaneva disteso. In questi due casi non è stata eseguita alcuna operazione, però gli AA. li riportano a lesioni di tono simpatico localizzato.

Gli AA. descrivono il sistema nervoso del rene e la tecnica operatoria:

Il rene viene esposto extraperitonealmente attraverso un'incisione lombare.

Il peducolo viene isolato dai tessuti circostanti ad una certa distanza dal rene, prima che i vasi comincino a dividersi, badando di non lacerare i rami sottili della vena e dell'arteria renale. Ciascun vaso viene completamente spogliato del tessuto intermedio. La pelvi renale da tutte e due le parti fino all'ilo, all'unione uretero-pelvica e il primo pollice dell'uretere, vengono pazientemente puliti. Solo un'operazione completa può assicurare un risultato soddisfacente.

SCANDURRA.

OTO-RINO-LARINGOLOGIA.

Le cefalee di origine nasale.

(A. SARGNON. *Journ. de Médic. de Lyon*, novembre 1930).

Le cefalee di origine nasale sono più frequenti di quanto non si creda. Il loro studio ha un grande interesse pratico, poichè le indicazioni terapeutiche che da esso derivano portano a risultati sorprendenti, talora quasi miracolosi non solo nelle cefalee propriamente dette, ma anche nei disturbi oculari profondi che hanno spesso una origine nasale e numerose analogie patogenetiche e terapeutiche.

Le cavità accessorie nasali costituiscono dal punto di vista clinico, specie delle cefalee, due grandi gruppi: 1) il gruppo anteriore formato dal seno mascellare e sopratutto dal seno frontale e dall'etmoide anteriore. Ne deriva il tipo anteriore di cefalee, caratterizzato dai dolori frontali sopra- e sottoorbitari e dai dolori temporali. 2) Il gruppo dei seni posteriori costituito dall'etmoide posteriore, dallo sfenoide, di cui le cavità interessano una zona molto importante, l'incrocio etmoido-sfenoidale, zona che è in rapporto essenzialmente con i nervi efferenti del ganglio sfeno-palatino. Il gruppo posteriore dà piuttosto delle cefalee posteriori, della nuca, del vertice, a tipo spesso meningitico, cioè molto intense, accompagnate da nausee, vomito e talora da disturbi ottici o paralitici oculari.

Dal punto di vista etiologico, le cefalee di origine nasale possono essere di origine congenita o acquisita. Alle prime appartengono le malformazioni del setto, i cornetti ipertrofici, ecc.

Le lesioni acquisite sono di ordine traumatico, infiammatorio, nervoso o neoplastico. Le lesioni traumatiche costituiscono una causa di cefalea per difetto di areazione del naso, per ostacolo allo scarico delle secrezioni dei seni e per ostacolo più o meno considerevole della respirazione nasale. Frequente è anche la presenza di corpi estranei latenti, che spesso hanno sede nella parte alta e profonda della regione etmoido-sfenoidale. Le lesioni infiammatorie, acute o croniche, sono assai frequenti. Fra le infiammazioni acute sono da notare la congestione semplice, la corizza, le suppurazioni acute diffuse, sinusali, multiple, come nella grippe, con cefalee intense, localizzate a livello dei seni anteriori e sopratutto posteriori; in quest'ultimo caso provocano delle cefalee molto tenaci, talora pseudo-meningitiche, che bisogna ben conoscere poichè esse si attenuano in poche ore o in pochi giorni con il trattamento medico locale; le suppurazioni acute localizzate, sinusali, anteriori e sopratutto posteriori, queste ultime di diagnosi più difficili. Fra le infiammazioni croniche sono da ricordare la tubercolosi nasale profonda e la sifilide a localizzazione nasale interna o esterna, in cui dominano nella patogenesi delle cefalee le lesioni del cornetto medio, e le sinusiti croniche. Le cause nervose delle cefalee nasali costituiscono un capitolo molto moderno. In numerosi casi ad etiologia dubbia, è certo che bisogna incriminare delle cause nervose, che agiscono per azione simpatico-trigemellare. Esistono poi delle cause neoplastiche di cefalee di origine nasali, per tumori benigni o maligni del naso, dei seni, del naso-faringe, ecc.

Fra tutte queste cause, alcune sono evidenti, altri sono latenti, e devono essere ricercate accuratamente.

Riguardo alla sintomatologia, occorre studiare i segni subiettivi ed i segni obiettivi. Segno subiettivo è la cefalea, che secondo la causa è acuta o cronica. Generalmente al principio essa è leggera, raramente è molto intensa sin dall'inizio, salvo che in certe forme di sinusite posteriore, specie grippale.

Nel periodo di stato la sua intensità è varia: dalla cefalalgia si va fino al tipo meningiforme. Come durata è continua o intermittente. Le intermittenze sono di assai lunga durata, il che la differenzia nettamente dalle nevralgie. Talora predomina la notte e fa pensare alla sifilide, ma più spesso è diurna e, fatto curioso, frequentemente è periodica, intervenendo ogni giorno alle stesse ore, di preferenza al mattino. Questo comportamento è caratteristico della cefalea nasale sinusale. È importante studiare la sede di intensità massima della cefalea, per facilitare la diagnosi. Questa sede è unilaterale o bilaterale talora con predominio da un lato. È di grande utilità stabilire anche se si tratta del tipo anteriore o del tipo posteriore. Spesso si tratta di cefalea di tipo misto: la cefalea è completa, anteriore e posteriore, unilaterale, abitualmente bilaterale, ma quasi sempre predomina da un lato, sia anteriormente che posteriormente.

Quanto ai segni obiettivi occorre un esame generale dell'ammalato, l'esame del sangue e

talora anche quello del liquido cefalo-rachidiano. Occorre poi un esame della respirazione nasale, l'esame della secrezione nasale, l'esame del faringe e del naso-faringe e infine l'esame locale nasale, prima senza cocaina nè adrenalina, poi con applicazione di cocaina e adrenalina.

Come complemento dello studio obiettivo, la radiografia può rendere dei servizi. Schematicamente è utile fare una posa frontale anteriore, una laterale da ciascun lato ed una radiografia della base del cranio secondo la posizione di Hirtz.

La diagnosi delle cefalee di origine nasale in un certo numero di casi è facile. Esistono però molti casi dubbi. Occorre in questi casi fare la diagnosi differenziale con le principali altre cause di cefalee, malattie generali, affezioni tossiche, lesioni dei nervi della base del cranio, zona della faccia, osteite, carie ed esostosi delle ossa craniche, spesso di origine specifica, lesioni endocraniche, lesioni oculari.

Il trattamento delle cefalee di origine nasale può essere, in certi casi, profilattico. Per esempio, nei nervosi con difficoltà nella respirazione nasale, è bene fare un trattamento locale per migliorare la loro respirazione. La terapia curativa è medica e chirurgica.

La terapia medica comprende un trattamento generale e uno locale. Bisogna combattere lo stato nervoso di questi malati con i mezzi ordinari: idroterapia, antinevralgici, bromuro. In casi di sifilide occorre naturalmente un trattamento specifico. I disturbi dei vari organi esigono ciascuno il loro trattamento. Il trattamento medico locale ha un doppio scopo: aumentare la permeabilità nasale e calmare i dolori. Per aumentare la permeabilità nasale sono molto utili l'adrenalina (polverizzazioni nasali o pomata) e l'efedrina (pomata al 2-3 %). Si possono combinare i due metodi. Per calmare i dolori saranno utili le applicazioni calde, le instillazioni oleose ed in certi casi l'alta frequenza.

Il trattamento medico in molti casi basta per migliorare o guarire le cefalee, per esempio nelle sinusiti acute, anche molto dolorose. Il trattamento chirurgico è indicato raramente nelle forme acute ribelli, più frequentemente nei casi gravi e di vecchia data, che hanno resistito agli altri trattamenti. Prima di operare è però necessario disinfettare minuziosamente il naso, poichè è meglio intervenire, se possibile, a freddo. Il trattamento chirurgico comprende:

1) L'ablazione delle vegetazioni, dei tumori benigni, come i polipi, per la via naturale.

2) Il trattamento dei tumori maligni inoperabili con i procedimenti esterni, le applicazioni di radium intra-nasali o naso-faringee.

3) Il trattamento endonasale delle cefalee per lesioni congestive. Queste lesioni possono essere temporanee o definitive. Le temporanee migliorano e spesso guariscono con l'impiego dell'adrenalina e dell'efedrina e con la cauterizzazione dei cornetti inferiori. Per le lesioni congestive o ipertrofiche definitive bisogna abitualmente ricorrere alla resezione dei cornetti ipertrofici, sopra tutto dei cornetti inferiore e medio. L'A. insiste sopratutto sulla resezione del cornetto medio, della sua testa o della sua coda secondo la sede anteriore o posteriore della cefalea.

4) Il trattamento delle lesioni sinusali obbliga spesso il chirurgo ad intervenire per via endonasale. Nei casi acuti occorre anzitutto permettere il vuotamento facile dei seni disimpegnando gli orifici con le pennellature anestetiche della regione, con il cateterismo dei seni, con la puntura, specie del seno mascellare. Nelle sinusiti croniche la tecnica è la stessa, ma la chirurgia endonasale ha un còmpito più attivo per calmare le cefalee. Per i seni anteriori occorre la resezione della testa del cornetto medio, l'ingrandimento del canale naso-frontale e l'apertura per le vie naturali delle cellule etmoidali anteriori.

Quando si tratti di sinusite posteriore, è spesso utile resecare le creste posteriori del setto, la coda del cornetto inferiore o medio e, nei casi di cefalee più intense, aprire le cellule etmoidali e talora anche il seno sfenoidale per la via dei cornetti, eccezionalmente per la via del setto, secondo la tecnica di Segura.

5) Quando si tratta di quei casi latenti in cui si incriminano delle lesioni nervose posteriori o delle sinusiti latenti, casi in cui la cefalea proviene dalla regione sfeno-palatina o etmoido-sfenoidale si può ricorrere alle pennellature anestetiche di questa zona, alle iniezioni modificatrici (novocaina, alcool) portate nella zona del ganglio sfeno-palatino, o alla resezione della parte posteriore del cornetto medio. L'A. insiste su quest'ultimo intervento che agisce sull'elemento nervoso e particolarmente sul punto simpatico della regione nasale e ottica profonda.

Eccezionalmente, nei casi di cefalee, si è costretti a ricorrere alla chirurgia esterna. Quest'ultima può essere indicata in quattro circostanze: 1) l'iniezione di sostanze anestetiche nei nervi sopra o sottoorbitari; 2) il blocco del nervo nasale interno e del nervo frontale esterno; 3) l'anestesia dei nervi della fossa pterigo-mascellare per via temporale; 4) il trattamento dei tumori o la cura radicale della sinusite. C. TOSCANO.

Mastoidismo e mastoidite latente.

(A. ALEXANDER. *Wien. Klin. Woch.*, n. 19, 1930).

Se nei primi giorni dopo lo sviluppo di una otite media si apre chirurgicamente il processo mastoideo il decorso della malattia si ag-

grava. L'otite non si accompagna mai a meningite vera, essa la precede di almeno otto giorni; i sintomi meningei o sintomi di ascesso cerebrale che possono accompagnare l'otite sono di solito dati da meningismo o sono disturbi funzionali, spesso dovuti ad impedimenti nel deflusso del pus. Analogamente, l'otite non determina mai una contemporanea vera mastoidite; la forma chirurgica della mastoidite si manifesta di solito verso la terza settimana dopo il principio della malattia. In tal caso le parti molli che coprono il processo mastoideo sono ispessite diffusamente, meno mobili, più calde, l'apice del processo mastoideo è nascosto da edema. Il sintomo principale è l'abbassamento della parete posteriore superiore del condotto uditivo osseo. Di solito esiste febbre, non molto elevata. L'antrotomia fa guarire il processo. In casi di forte virulenza dei germi che determinano l'otite, si può dimostrare, specialmente nei bambini già nella prima settimana di malattia una sindrome molto simile a quella determinata dalla mastoidite chirurgica. Si hanno tutte le dette alterazioni delle parti molli sopra il processo mastoideo, forti dolori alla palpazione, temperatura altissima; manca di solito una abbondante secrezione purulenta dall'orecchio. In questi casi si tratta di « mastoidismo acuto », affezione diversa dalla mastoidite chirurgica. La malattia non deve venir curata con intervento chirurgico; essa si distingue dalla mastoidite chirurgica per la mancanza dell'abbassamento della parete posteriore superiore del canale uditivo.

Nel lattante si osserva spesso contemporaneamente una sindrome di meningismo: apatia, vomito, grida, convulsioni. Il mastoidismo è determinato da una infiammazione locale della mastoide; se si apre il processo mastoideo, si trova l'osso fortemente iperemico, sanguinante, in qualche punto esce insieme al sangue qualche gocciolina di pus dalle cellule mastoidee aperte. L'operazione è controindicata perchè la sindrome guarisce da sè se si provvede ad un buon drenaggio del pus attraverso al timpano, e perchè l'apertura della mastoide fa non raramente propagare l'infezione alle parti ossee sane e può lasciar come residuo una fistola mastoidea. Esistono sicuramente casi di mastoidite primitiva, si possono però distinguere per l'esistenza dell'abbassamento della parete posteriore superiore del canale uditivo.

Il mastoidismo può comparire anche tardivamente, dopo la terza settimana dall'inizio dell'otite.

Questa forma può venire operata senza pericolo, essa guarisce però anche senza operazione. La causa di queste manifestazioni mastoidee si deve ricercare in una cura irrazionale dell'otite, o in alterazione del cavo neofaringeo, soprattutto vegetazioni adenoidi o deviazioni del setto nasale. Sono soprattutto le cause che impediscono la libera uscita del pus dall'orecchio quelle che facilitano l'affezione mastoidea: drenaggi frequentissimi (strisce di garza rinnovate ogni dieci minuti), fanno in pochi giorni migliorare la sindrome. In altri casi il mastoidismo tardivo è determinato dal fatto che i convalescenti da otite non si curano coi debiti riguardi e soprattutto si sono alzati dal letto troppo presto.

Mentre nel mastoidismo abbiamo a che fare con un processo locale che controindica l'operazione, nella « mastoidite latente » mancano i sintomi locali mentre il processo mastoideo è in preda ad un'infiammazione purulenta e deve quindi venire aperto.

Questo si osserverebbe specialmente nell'otite dei lattanti; esistono in tal caso però sempre alterazioni locali evidenti a chi le ricerca con cura, esiste sempre anche l'abbassamento della parete posteriore superiore del canale uditivo. In una sola forma, nell'otite purulenta che accompagna le malattie infettive acute dei bambini, è indicata l'antrotomia anche se mancano i sintomi locali nella regione mastoidea. Se un'otite comparsa in seguito a scarlattina, a morbillo, a difterite, dura per più di 4 settimane, è necessario procedere all'antrotomia anche se mancano i sintomi mastoidei.

R. POLLITZER.

Amigdalite cronica e sue complicazioni.

(CASTEX. *El día Medico*, novembre 1930).

Esiste una lunga serie di studi sulla istopatologia delle tonsille: importante sopratutto quello di Billanzoni e l'altro di Ditrich in cui sono descritte tutte le lesioni che caratterizzano le amigdaliti croniche. Interessante è a questo riguardo, la descrizione degli ascessi incistati, senza comunicazione con l'esterno.

Le manifestazioni locali delle amigdaliti croniche possono essere subiettive od obiettive.

I sintomi subiettivi possono mancare completamente, o se esistono, variare enormemente d'intensità. Si hanno p. e. dolori di gola spontanei, continui od intermittenti.

Caratteristica di questi dolori è la irradiazione, quasi sempre verso le orecchie, all'atto della deglutizione. Altro sintoma è il cattivo gusto in bocca ed il fetore dell'alito, specialmente la mattina allo svegliarsi.

Per quel che riguarda i sintomi obiettivi è da notarsi che la grossezza delle amigdale non ha importanza per il clinico: una amigdala grossa può essere integra mentre una piccola può essere malata. Certo si è che negli adulti la grossezza delle amigdale è segno quasi sicuro del loro stato patologico, non avendo esse subito la normale involuzione fisiologica che dovrebbe essere completa al 25° anno di età.

Si è infatti visto, tagliando codeste tonsille, che esse contengono generalmente nel loro

interno un focolaio suppurativo che non si era fatto strada all'esterno.

I sintomi obiettivi su cui si può basare la diagnosi di amigdalite cronica sono l'edema, la congestione, l'arrossamento del pilastro anteriore. Non sempre le cripte sono piene di pus. In alcuni casi è necessario ricorrere a delle manovre di spremitura per metterlo in evidenza: in tali casi la diagnosi deve assolutamente essere posta.

La spremitura delle amigdale può essere fatta con un abbassalingua, o per aspirazione con una ventosa o per compressione digitale con un dito nella cavità boccale ed un altro nella regione parotidea.

Queste manovre possono provocare manifestazioni febbrili per il materiale settico che si fa penetrare nei vasi linfatici numerosi della regione. Altro segno da prendere in considerazione è la presenza di gangli nella loggia parotidea ed a livello dell'angolo della mandibola.

L'affezione è straordinariamente comune nei bambini nei quali dà attacchi acuti recidivanti. Spesso verso i 14-15 anni questi attacchi cessano e si crede ad una guarigione mentre le tonsille rimangono infettate e quindi ipertrofiche, non subendo l'organo la involuzione fisiologica.

Quanto alle manifestazioni cliniche, si può ben dire che non vi è malattia che non sia stata messa in relazione patogenetica con una infezione primaria dell'apparato linfatico-faringeo.

La febbricola prolungata, che a volte persiste per anni, può rispondere alla amigdalite cronica ed essere o no accompagnata da altri sintomi, i quali possono indirizzare il medico verso una diagnosi di tubercolosi. In simili casi due errori sono possibili: o si considera come tubercoloso chi soltanto è affetto da amigdalite cronica (e ciò reca solo un danno morale) oppure si considera come di esclusiva origine tonsillare una febbre veramente tbc., e con l'intervento chirurgico si provoca lo scoppio di una tubercolosi acuta, quasi sempre fatale. Non bisogna in questi casi trascurare nessun esame, per quanto prolisso che possa guidare ad una esatta diagnosi.

Le manifestazioni cardiovascolari, come endocarditi prolungate, alterazioni del miocardio, sono ben note. Nuova è però l'osservazione di un autore viennese di individui, generalmente giovani, con segni organici di vizi cardiaci, con aumento di volume del cuore i quali dopo essere stati amigdalectomizzati, dopo pochi mesi o anni non mostrano più alcun sintomo della affezione valvolare e vivono nella completa normalità.

L'A. ha potuto controllare questi fatti, specialmente negli affetti da reumatismo a. a. i quali tutti beneficiarono grandemente della amigdalectomia.

L'A. ha visto inoltre, in un caso di *angina pectoris*, in cui all'esame elettrocardiografico non si riscontravano alterazioni del miocardio, sparire con la tonsillectomia la sindrome anginosa.

In quanto al valore profilattico della amigdalectomia contro le recidive di reumatismo a. a., l'A. crede che essa attenui, non sopprima la possibilità di recidive, perchè queste possono iniziarsi in un altro qualsiasi focolaio settico dell'organismo. Nel campo delle affezioni respiratorie tracheiti e laringiti tenaci sono scomparse con l'estirpazione delle tonsille.

L'asma anche è stato curato in questo modo e con ottimi risultati nei casi in cui la causa etiologica di esso era una affezione cronica delle tonsille.

Per quanto riguarda poi le nefriti, la letteratura è abbondantissima: Volhard e Frey sostengono che il 75-80 per cento delle nefriti provengono da un'infezione delle amigdale.

L'A. pensa che queste nefriti possono essere molto variabili in intensità ed importanza. Dalle osservazioni fatte pare che i migliori risultati si ottengono con l'estirpazione precoce (nefriti acute e subacute) mentre nelle forme croniche i risultati sono minori, e ciò forse anche per la possibile presenza di altri focolai settici nell'organismo.

Nel campo delle affezioni dell'apparato digestivo si è visto che svariate dispepsie gastriche, costipazioni ecc. sono in evidente correlazione con il processo tonsillare. Circa i rapporti fra amigdale e appendice nessuno dubita che essi esistano.

Salzmann dice di non aver mai visto una appendicite senza infezione cronica delle amigdale.

L'A. pensa che per quanto le amigdale costituiscano la causa più frequente di appendicite, questa possa esser causata da qualsiasi altro focolaio settico dell'organismo.

Le correlazioni fra amigdaliti e affezioni del sistema nervoso centrale non sono state provate sufficientemente, mentre sarebbe interessante uno studio dell'influenza delle amigdale sul sistema nervoso periferico. Nei casi di convulsioni non epilettiche l'amigdalectomia ha dato ottimi risultati e così anche nei casi di corea del Sydenham.

Nel campo delle endocrinopatie non si hanno risultati degni di nota.

L'estirpazione delle tonsille deve essere completa, radicale.

L'estirpazione parziale è altrettanto dannosa, per i resti che rimangono, che il lasciarle integre. Le tonsille infette ripercuotono la loro azione su tutto l'organismo costituendo esse una fonte permanente di intossicazione.

La eliminazione precoce di questi focolai permette una restaurazione più o meno integrale dell'organismo.

La età avanzata non è una controindicazio-

ne; lo sono invece gli stati di cachessia, anemia intensa, leucemie, diatesi emorragiche, aritmia intensa. Le complicazioni postoperatorie sono di poca importanza, le emorragie eventuali sono facilmente dominate. Quanto all'effetto profilattico si è visto che la scarlattina è infinitamente minore negli amigdalectomizzati e che questa operazione è un ottimo sussidio terapeutico nei casi di portatori di b. difterici.

G. LA CAVA.

SIEROLOGIA.

La profilassi del morbillo col siero normale di cavallo.

(P. MAZZIOTTI. *Rivista di Clinica Pediatrica*, 25 ottobre 1930).

Tutti gli osservatori concordano sull'efficacia del siero di convalescenti nella profilassi del morbillo, i cui insuccessi sono attribuiti più che altro ad errori di tecnica. Eguali risultati si sono raggiunti col sangue di convalescente, in dose tripla, e con siero o sangue di bambini e adulti che hanno avuto molto tempo prima il morbillo.

I successi ottenuti con siero o sangue di guariti anche da lungo tempo di morbillo, e con incerti sieri antimorbillosi animali, rendono molto dubbio, a giudizio del Pontano, il valore specifico del siero di convalescente; il Pontano fu quindi indotto a sperimentare per la profilassi del morbillo il siero normale di cavallo. Le sue ricerche conseguirono pieno successo quasi nel 100 % dei casi. Il siero di cavallo, in dose di 5 cc. fino a 5 anni e di 10 cc. oltre i 5 anni, per via sottocutanea, ha corrisposto come il siero di convalescente. Ciò offre un duplice vantaggio: è eliminato il timore di malattie trasmissibili, è resa facile l'applicazione a numerose comunità. Non sono tali da sconsigliare di ricorrervi l'eventuale malattia da siero o la possibile sensibilizzazione.

Questa siero-profilassi aspecifica, come il Pontano propone di definirla, si esplicherebbe con un esaltamento dei poteri organici di difesa, per cui l'agente morboso o non determina la malattia o solo reazioni latenti; proprietà di difesa che dura per qualche tempo, tanto che l'epidemia può esaurirsi.

L'Autore ha voluto ricercare se la siero-profilassi con siero normale di cavallo, ottenuta dal Pontano nei bambini sani, fosse applicabile anche ai bambini malati raccolti negli ospedali, allo scopo di arrestare, dall'inizio, le gravi epidemie ospitaliere. Egli ha eseguito contemporaneamente 2 gruppi di esperienze, nella Clinica Pediatrica e nell'Ospedale Bambin Gesù di Roma, ottenendo buoni risultati. Nel primo gruppo di esperienze si ebbe: 2/3 preservati, 1/3 con prolungamento del periodo di incubazione; nel secondo gruppo: su 36 casi, 24 esenti e 8 con incubazione prolungata. Il successo sarebbe stato probabilmente totale se, in luogo delle piccole dosi impiegate (5-7 cc.) si fossero adoperate dosi più forti. L'A. consiglia ricerche ulteriori, per la soluzione del problema, importante per l'infanzia, della profilassi del morbillo.

C. TOSCANO.

Siero antipoliomielitico di cavallo.

(M. NEUSTAEDTER. *Journ. Am. Med. Ass.*, 21 marzo 1931).

Fu Flexner che nel 1910 per primo fece il tentativo di produrre dal cavallo un siero antipoliomielitico. In seguito (1916) l'A. riprese il tentativo di Flexner e riuscì ad ottenere un siero che rendeva le scimmie resistenti alla inoculazione intracerebrale di 0.5 cmc. di una sospensione al 5 % di virus potentissimo: mediante opportuni miglioramenti di tecnica l'A. riuscì poi a produrre un siero che aveva la proprietà di neutralizzare *in vitro* oltre 100 parti di virus.

Le esperienze furono continuate in seguito da Pettit, di Parigi, al quale sono dovute le larghe applicazioni cliniche. I risultati, ripresi dalle statistiche dei vari AA. sono veramente probativi per l'efficacia del metodo, sempre però che questo sia applicato nello stadio preparalitico, per quanto l'uso del siero anche quando la paralisi si sia stabilita, arresti in molti casi l'ulteriore estensione del processo.

Nell'uomo l'iniezione endorachidea di siero produce violente reazioni, caratterizzate da un rapido aumento della temperatura, da convulsioni e coma mentre la somministrazione per via endovenosa o intramuscolare è praticamente priva di effetti spiacevoli. Il mezzo più sicuro per evitare ogni reazione anafilattica consiste nell'iniettare al paziente 16 mgr. di morfina e 0,6 mgr. di solfato di atropina e dopo qualche minuto una minima quantità di siero nel sottocutaneo. Se dopo dieci minuti non appare nessuna reazione, si può procedere sicuri alla iniezione endovenosa o intramuscolare del siero.

La dose di siero da somministrare è varia.

Se si usa il siero nativo non concentrato se ne iniettano negli adulti 20-30 cc. al giorno o a giorni alterni a seconda della severità del caso, la dose per i bambini è naturalmente minore e proporzionale all'età.

In casi gravi si può giungere fino a 40 cc. al giorno senza spiacevoli conseguenze. La dose deve essere continuata finchè la temperatura scenda al normale o più a lungo. Il presentarsi della reazione di Herxeimer indica che è stato raggiunto il limite massimo. La combinazione della somministrazione per via endovenosa ed intramuscolare è particolarmente in-

dicata nei primi due o tre giorni di casi molto gravi.

Il siero concentrato è meglio tollerato per via endovenosa che per via intramuscolare: la dose è di 5 cc. al giorno.

I casi finora trattati con notevole beneficio dai vari AA. sono più di sessanta e tutti dimostrano la reale efficacia di questo metodo se applicato a tempo.

G. LA CAVA.

NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE

Dott. prof. R. BOMPIANI. *Eugenica e Stirpe*. Volume in-8° di pag. VIII-232, con 8 grafici intercalati e due tavole fuori testo. Editore L. Pozzi, Roma, 1931. Prezzo L. 25.

Ci sia consentito di riportare in queste colonne ciò che l'insigne maestro prof. Ernesto Pestalozza ha scritto nel presentare il libro del dott. Bompiani:

« Il libro di Bompiani non ha veramente bisogno di una prefazione, perchè il capitolo di presentazione del lavoro ne precisa assai bene gli scopi ed i limiti. Non ha nemmeno bisogno di raccomandazioni, perchè l'Autore già si è fatto conoscere assai favorevolmente dal pubblico con lavori nel campo dell'eugenica.

« Se ho accettato di premettervi qualche parola di introduzione, è semplicemente per mettere in rilievo quello che a mio modo di vedere è il pregio principale del lavoro. Il mondo medico e profano è inondato di lavori di eugenica, specialmente il mondo anglo-sassone. Ma la massima parte di questi scritti peccano di un difetto comune, quello di voler forzare a scopi preconcetti le pratiche applicazioni della giovane scienza. È così che in nome dell'eugenica si tenta di gabellare come portati scientifici tutte le aberrazioni di una pseudo scienza demografica, e si arriva a proclamare necessarie al benessere della umanità la limitazione volontaria della prole, la restrizione dei matrimoni attraverso all'obbligo di un certificato medico prematrimoniale, la legittimazione dell'aborto provocato per indicazioni sociali od eugeniche, le castrazioni ingiustificate, e perfino quella mostruosità giuridica rappresentata dalla sterilizzazione coercitiva.

« Il medico italiano che volesse rendersi conto delle possibili applicazioni pratiche della eugenica si troverebbe disorientato ricorrendo alla maggior parte delle opere straniere sull'argomento, che non rispondono affatto nè alla realtà scientifica odierna, nè all'indole della nostra razza, nè ai bisogni del nostro paese, quali furono da tanto tempo proclamati dai nostri ostetrici, e quali furono mirabilmente consacrati dal Governo fascista nel suo programma demografico dapprima, e più recentemente nella riforma del nostro Codice penale.

« Questo indirizzo, del quale il nostro paese si può a buon diritto vantare, ha ricevuto recentemente anche un'alta sanzione morale nella Enciclica del Sommo Pontefice « casti coniugii », la quale respinge e condanna tutti questi pretesi postulati di un'eugenica negativa. Ed a questo indirizzo, che è poi il solo rigorosamente scientifico, si informa fedelmente l'opera del Bompiani, dalla cui lettura il medico potrà, non solo famigliarizzarsi colle conquiste della eugenica, ma apprezzare tutta la portata della complessa opera del Governo Nazionale in difesa della stirpe, e mettersi in grado di collaborarvi con cosciente attività.

« Per questo motivo si può ben affermare che il lavoro del prof. Bompiani colma davvero una lacuna nel campo della medicina sociale, e può essere letto con profitto da quanti si propongono di cooperare alla santa opera del miglioramento della nostra stirpe ».

Roma, maggio 1931-IX.

ERNESTO PESTALOZZA.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

K. KOLLE. *Die Primäre Verrücktheit*. Vol. di pag. 266 con 26 tabelle. Edit. G. Thieme. Lipsia, 1931. M. 25.

Il libro fa parte della collezione di monografie psichiatriche e neurologiche diretta da Bostroem e Lange. L'Autore ha raccolto una serie di ricerche personali psicopatologiche, cliniche e genealogiche sulla paranoia. Numerose storie cliniche e ricerche famigliari nei paranoici rendono molto chiara l'esposizione.

P. VALDONI.

Therapie der Erkrankungen des vegetativen Nervensystems. Un vol. in-8° di pag. 96. Th. Steinkopff ed. Dresden e Leipzig. Prezzo RM. 7.

Questo volume riunisce le conferenze tenute ad un corso di perfezionamento che ebbe luogo ai bagni di Oeynhausen, in occasione della riunione dei neurologi e psichiatri della Sassonia meridionale e della Westfalia.

Precede uno studio di A. Goldscheider sulla anatomia, fisiologia e clinica del sistema nervoso vegetativo autonomo. Seguono: la farmacologia delle terminazioni nervose vegetative, la terapia di sostituzione, l'increto-terapia, il

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

trattamento chirurgico, quello fisico, quello röntgenologico e quello psicoterapico.

Un insieme, quindi, di argomenti di notevole importanza pratica. *fil.*

E. KRETSCHMER. *Medizinische Psychologie.* Editore G. Thieme, Lipsia. Prezzo M. 16.

È la quarta edizione di un libro che ha avuto una meritata fortuna.

Non è un trattato di pura psicopatologia, ma un'esposizione di tutte le relazioni tra la psicologia e la medicina, delle reciproche influenze tra l'elemento psichico e quello somatico.

Sono minutamente considerate le funzioni psichiche superiori ed il loro sustrato anatomo-fisiologico, l'evoluzione dello psichismo in rapporto allo sviluppo somatico, le tendenze ed i temperamenti, i tipi di reazione in rapporto alla personalità ed infine la terapia suggestiva, psicagogica e psicanalitica. DR.

J. A. CHAVANY. *La sciatique.* Editore Doin, Parigi. Prezzo Fr. 18.

È un fascicolo del *La Pratique Médicale illustrée* del maggiore interesse.

La distinzione delle varie sindromi sciatiche (sciatica-malattia, sciatica-sintoma, pseudo-sciatica) in rapporto ai fatti organici che ne sono le basi è ben precisata.

Uno speciale capitolo è dedicato alla terapia.

Numerose tavole e figure illustrano il testo. DR.

H. DE JONG e H. BANCK. *La catatonie expérimentale par la bulbocapuine.* Editore Masson, Parigi. Prezzo Fr. 40.

Studio fisiologico e clinico dedicato all'azione della bulbocapuina.

Questo alcaloide, che come è noto è stato adoperato con vario risultato nella cura delle sindromi parkinsoniane, ha la capacità di provocare negli animali sindromi catatoniche analoghe a quelle dell'uomo.

Dai fatti sperimentali gli autori deducono interessanti elementi per la spiegazione anatomo-patologica della catatonia umana.

DR.

J. LAUMONIER. *La thérapeutique des pechés capitaux.* Editore Le François, Parigi. Prezzo Fr. 15.

È la seconda edizione di un libro che ha avuto un certo successo. Le idee che informano la trattazione non sono peregrine, ma sono esposte in modo chiaro e convincente.

Precisa e completa è la indicazione delle precauzioni fisiche e morali capaci di raddrizzare e di adattare alla vita sociale gli uomini viziosi. DR.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Associazione Medica Triestina.

Circolo di Coltura del Sind. Fascista Medici.

Riunione scientifica del 6 febbraio 1931.

Presidente: Prof. O. OBLATH.

Le neuriti tossiche gravidiche e puerperali.

Dott. PINO TAGLAFERRO. — Tali affezioni rientrano per quanto riguarda i momenti eziologici essenziali nella più grande famiglia delle tossicosi gravidiche. L O. prospetta la possibilità che una avitaminosi relativa in rapporto collo stato funzionale gravidico contribuisca colla tossicosi a determinare la particolare localizzazione nervosa, essendo nota l'importanza delle vitamine nel ricambio chimico della sostanza nervosa.

L'O. passa in rassegna le varie sindromi morbose che risultano dalle singole forme più gravi (paralisi tipo Landry, neuriti del vago e frenico e del nervo ottico) accennando alle forme di psicosi del Korsakow; e riferisce di un caso nel quale in due puerperii successivi ebbe ad istituirsi una paralisi del facciale di sinistra. Questa affezione non guarì completamente e ne residuò una paresi con modiche contratture nel corrispondente territorio nervoso. Accenna alla prognosi che è grave *quoad vitam* nelle localizzazioni al vago ed al frenico e nei processi più diffusi o quando coesista la psicosi del Korsakow; *quoad valetudinem* la prognosi può essere non eccessivamente favorevole neppure quando il processo è molto circoscritto come nel suo caso. L'O. prendendo in esame la questione dell'interruzione della gravidanza, ne riconosce la necessità nelle forme più diffuse, nelle localizzazioni pericolose alla vita ed alla salute del paziente e nella coesistente psicosi del Korsakow. In caso di processi circoscritti, quando coesistano gravi sintomi di tossicosi, l'interruzione della gravidanza è opportuna al fine di evitare più gravi compromissioni della paziente. La possibilità di recidive in gravidanze ulteriori, potrà inoltre far sorgere l'opportunità di una sterilizzazione permanente in caso di localizzazioni al nervo ottico. Accenna infine alla profilassi della tossicosi in genere ed alla necessità, al fine di assicurare un effettivo controllo di gravidanza che la denuncia della stessa diventasse un'attuazione.

Prof. OBLATH. — La chiara esposizione del dott. Tagliaferro offre all'O. l'occasione di ricordare, che oltre alle nevriti ottiche si osservano durante la gravidanza e il puerperio anche fatti infiammatori di natura tossica a carico di altri nervi oculari. I disturbi di motilità dei globi oculari, dovuti a nevriti del nervo oculomotorio, la midriasi e la paresi della accomodazione da localizzazione del processo flogistico ai filetti interni del III, sono fatti patologici, che possono manifestarsi tanto durante la gravidanza quanto durante il puerperio, ma che fortunatamente non sono molto frequenti. Le nevriti ottiche, invece, che insorgono durante l'allattamento e che debbono essere messe in rapporto con questo, sono più frequenti ed impongono a volte lo svezzamento del neonato. Tali nevriti possono colpire tanto la parte bulbare, quanto quella retrobulbare del nervo ottico.

Osservazioni cliniche sulla recente pandemia influenzale.

Dott. DARIO VITTURELLI. — L'O. s'intrattiene sui casi da lui osservati durante la recente epidemia

grippale (circa 200 casi). Afferma che il genio epidemico è stato piuttosto malefico. Afferma che il decorso di circa il 25 % dei casi è stato atipico per le seguenti ragioni: nei casi febbrili: per la temperatura altissima ed il grave malessere. Per la durata insolita della febbre. Per le ricadute. Per la gravità delle complicazioni polmonari. Per la frequente insorgenza di complicazioni all'orecchio ed ai seni paranasali. Per la insorgenza di forme reumatiche-neuritiche. Per la presenza di forme afebbrili bronchitiche e nevralgiche. Per l'insorgenza di forme gastro-intestinali. Per l'osservazione di forme a carico del sistema nervoso centrale. Per la gravità in persone dispnoiche-ipertese, affette da disturbi cardio-renali. Per l'insorgenza di forme tubercolari acute. In più per la relativa resistenza ai soliti preparati anti-influenzali (preparati salicilici, chinino, ecc.), che agirono come coadiuvanti; fece invece buona prova l'etero-proteinoterapia ed il fenolo.

Il magg. med. dott. LOMBARDI afferma di avere avuto nel suo reparto all'ospedale militare circa 200 ammalati di grippe di cui 21 con polmonite. Afferma che gli altri casi sono rimasti presso i corpi. Dei 21 casi di polmonite 4 ebbero esito letale. Si riscontrò trattarsi di forme lobari. In uno c'è stata complicanza di otite piogenica con mastoidite. In molti casi è stato praticato l'esame dello sputo e si riscontrò trattarsi di germi comuni di solito diplococchi non capsulati, talora in cultura pura.

Il dott. GINO MACCHIORO afferma di non avere avuto l'impressione che l'attuale epidemia, per quanto estesa, sia stata particolarmente grave, afferma che la gran parte dei casi, da lui osservati quale medico della Cassa Circondariale, ebbero decorso benefico, della durata di 4-5 giorni. Ritiene che la eteroproteinoterapia sia poco consigliabile nei casi di grippe, dato lo stato di prostrazione e debilitazione in cui vengono a trovarsi gli ammalati.

Il dott. WINTERNITZ afferma come tesi di principio e riferendosi ad una sua conferenza tenuta un anno fa, essere poco utile, dal lato teorico-scientifico, considerare tutti i casi febbrili con manifestazioni flogistiche e catarrali a carico delle vie respiratorie come influenza. Afferma che i due massimi di mortalità si hanno d'inverno e d'estate. Afferma che è impossibile far rientrare tutte le broncopolmoniti che si vedono d'inverno nel quadro dell'influenza. Afferma essere questa una malattia mal definita, a limiti incerti, e che s'incorre facilmente nell'errore di battezzare per « grippe » una forma di flogosi polmonare dovuta a diplococchi, una angina comune, una forma reumatica. Afferma che in questo modo invece di chiarire i concetti, essi si confondono vieppiù. Afferma che bisogna essere molto guardinghi, tranne in singoli casi tipici, nel parlare di « grippe », e sostiene che il concetto giusto ci si può fare solamente al tavolo anatomico, come affermato l'anno scorso dal prosettore dott. Ferrari, quando si hanno cioè manifestazioni emorragiche negli organi colpiti dall'infezione. Afferma da ultimo che la mortalità nei casi riferiti dal dott. Vitturelli (3-4 % su quelli osservati; 1/2-1 % sul totale) è relativamente esigua.

Dott. MARCOVICH. — Afferma di essere in massima d'accordo con quanto esposto dal dott. Macchioro e Winternitz. Afferma che ritiene caratteristico dal lato clinico il grave stato di prostrazione in cui vengono a trovarsi gli ammalati, nonchè la lunga convalescenza, con stato di debilitazione grave, impari alla breve durata della malattia. Afferma anzi che si potrebbe addirittura affermare che è più facile fare la diagnosi, dai postumi del male più su descritti.

La dott.ssa RAVIS riporta due casi da lei osservati in cui si ebbe tipica insorgenza della sindrome di Menière, che non volle credere ad alcun rimedio (Ipovagol, ecc.) ma che dopo due giorni svanì da sola.

Il dott. VITTURELLI, al dott. Macchioro risponde di dover affermare di aver veduto molti casi gravi colla sindrome di stato quasi settico descritto nella relazione. In quanto alla Eteroproteinoterapia afferma di avere usato principalmente l'Omnadine, che dà poca reazione, nei casi con molta febbre è stato piuttosto grave e di debilitazione. Di avere usato invece i preparati di latte (provocanti forte reazione) nei casi protratti con scarsa febbre, appunto per provocare reazione oppure nei casi con manifestazioni dolorose.

Al dott. Winternitz risponde che è parzialmente d'accordo con quello esposto da lui, riguardo alla difficoltà di diagnosi e di definire esattamente i limiti ed i confini di questo proteiforme ente nosologico. È certo che una certa percentuale dei casi si suppose trattarsi di infezione grippale, andrebbe classificata sotto altra rubrica. Ma dal lato clinico non è sempre facile fare queste sottili distinzioni, e limitarsi a fare la diagnosi di « grippe » solo nei casi in cui essa è confermata alla sezione, appare per lo meno esagerato. Non in tutti gli anni abbiamo sì grave morbilità, e proprio, caso mai, negli anni meno aspri, per quello che riguarda il clima. E poi il fatto epidemiologico conta molto: quando nella stessa famiglia ammalano 4-6 persone in serie, tutte circa cogli stessi sintomi appare chiaro il fattore contagioso. Anche nei casi di angina potè riscontrare l'insorgenza in serie nella stessa famiglia. Negare l'esistenza della influenza ente nosologico, solo pel fatto che è difficile circoscriverlo e perchè non si conosce l'agente specifico, appare per lo meno esagerato e prematuro. Certo che è difficile dare una spiegazione alla grande variazione dei sintomi ed alla differenza di decorso. Il relatore ammise però che in molti casi restava dubbio se si trattasse di forma grippale o meno. È anche perciò che conviene col dott. Winternitz nell'affermazione che i dati statistici percentuali hanno poco valore. Il che è stato anche ammesso nella relazione: si trattava di dati approssimativi. La mortalità poi non è tanto esigua se si considera il gran numero d'ammalati.

Al dott. Marcovich risponde che ha già riferito nella relazione sui sintomi da lui messi in rilievo. È pertanto d'accordo con quanto detto dal dott. Marcovich. Soltanto che se dal lato teoretico il fare la diagnosi epicritica appare giustificato, dal lato pratico ciò è impossibile: bisogna prendere posizione di fronte alle manifestazioni morbose mentre sono in atto.

In nesso ai casi visti dalla dott.ssa Ravis il relatore deve aggiungere due casi con singhiozzo incoercibile (epidemico?), senza altre manifestazioni, persone che erano venute a contatto l'una coll'altra (sottufficiali di P. S.). I sintomi, molto noiosi, si dileguarono dopo 3-4 giorni, in seguito alla propinazione di atropina e di calmanti nervini.

Il Segretario: Dott. E. NOVAK.

Società Medico-Chirurgica Bellunese.

Seduta del 7 gennaio 1931.

Presidenza: Dott. G. GAGGIA, vice-presidente.

Osservazioni radiologiche sulla fisiopatologia del tenue.

Prof. M. LAPENNA. — Distingue due sindromi funzionali del tenue: iperstenica e astenica.

Le forme ipersteniche comprendono la varietà ipercinetica (di solito associata a ipertonia delle anse e caratterizzata dal passaggio rapidissimo attraverso di queste, cosicchè già dopo mezz'ora tutto il bario è accumulato nel colon) e la varietà ipertonica (nella quale si osservano spasmi circoscritti con modica retrodilatazione a monte, e arresto prolungato del bario nel tenue, fino a 10-24 ore).

Il tipo astenico è caratterizzato da anse meteoriche non molto dilatate, ma senza valvole, con presenza di gas, livelli orizzontali del bario, e stasi prolungata anche dopo 24 ore.

Sulle alterazioni radiologiche nel morbo di Barlow.

Prof. R. DARDANI. — Dall'esame di 3 bambini affetti da m. di Barlow, e che ha potuto seguire durante tutto il decorso della malattia, crede opportuno richiamare l'attenzione sulla non corrispondenza della guarigione clinica con la regressione della sintomatologia radiologica.

Parotite postoperatoria.

Dott. D. BOSMIN. — Illustra tre casi osservati nell'Ospedale Civile di Belluno.

Si tratta di casi tutti lievi e in cui l'infezione della ghiandola non giunse allo stadio della suppurazione.

L'O. ritiene che la relativa benignità di decorso nei casi osservati possa essere in rapporto al fatto che tutti gli operandi del Reparto vengono preventivamente sottoposti ad una accurata disinfezione del cavo orale, donde forse una attenuazione della virulenza della flora batterica boccale.

Contributo alla sieroterapia endorachidea del tetano.

Dott. G. LISE. — Una donna, nell'aprile u. s., camminando in un campo a piedi scalzi, si feriva ad un piede battendo contro un pezzo di legno: pochi giorni dopo contemporaneamente a sintomi locali d'infiammazione, si manifestarono contrazioni a carattere spastico limitatamente all'arto ferito e sintomi lievi d'infezione tetanica generalizzata, come trisma, modica rigidità nucale, inceppamento nella parola, fotofobia. Ricoverata d'urgenza nel Reparto chirurgico dell'Ospedale Civile di Belluno, vennero iniettate a brevi intervalli per via endorachidea, alte dosi di siero antitetanico: dal giorno successivo si ha già notevole miglioramento delle condizioni generali della paziente, che guarisce in pochi giorni: persiste soltanto più a lungo contrattura spastica dolorosa del piede: l'arto in posizione corretta viene immobilizzato in apparecchio gessato, che rimosso dopo 15 giorni permette di constatare la guarigione completa anatomica e funzionale dell'arto stesso.

L'O. ritiene che le iniezioni endorachidee di siero antitetanico, possano dare qualche risultato favorevole soltanto nei casi precocemente riconosciuti e trattati e particolarmente nei casi in cui la lesione iniziale risieda negli arti inferiori, così che il siero immesso nello speco vertebrale abbia la possibilità di neutralizzare la tossina in continuo arrivo, prima che essa tossina possa risalire, fissarsi e comunque ledere nuovi elementi nervosi. *Il Segretario*: G. LOCATELLI.

Accademia Medica Pistoiese "Filippo Pacini"

Seduta del 1° aprile 1931.

Presiede il prof. CANTIERI.

L'urologia del medico pratico.

Prof. TADDEI (Clin. Chir., Pisa). — Intende definire i limiti di quello che il medico pratico può e non può fare, deve e non deve fare. Si ferma principalmente su due punti: 1) Numerosi sono i pregiudizi e gli errori tradizionali nel campo dell'urologia nella pratica medica. 2) La semeiologia tradizionale è diventata del tutto insufficiente anche solo per una diagnosi incompleta e di probabilità. Illustra i due punti con numerosi esempi. Ne deduce quale deve essere la condotta del medico pratico moderno di fronte ad un urinario: egli deve coi metodi tradizionali riconoscere che si tratta di un urinario e allora spedirlo ad un urologo provetto perchè pratichi tutte quelle ricerche che la semeiologia moderna insegna, e che possono solo praticarsi in ambienti adatti. Illustra con esempi pratici queste affermazioni.

Seduta del 17 aprile 1931.

Cirrosi epatica amebica.

Prof. CANTIERI. — Illustra clinicamente ed anatomicamente il caso di una donna con amebiasi intestinale da 5 anni, che muore col quadro di una cirrosi epatica atrofica ascitogena, febbrile e con riacutizzazione dei fenomeni intestinali. Piuttosto che ammettere che si tratti di una banale cirrosi atrofica ad etiologia ignota, che si sia casualmente sommata all'amebiasi intestinale, eventualmente riacutizzandola, ritiene molto probabile possa trattarsi di una cirrosi epatica da amebiasi: 1) per la conoscenza dei rapporti fra ameba e fegato, quali sono esposti dalla letteratura; 2) per la mancanza di ogni altra causa etiologica; 3) per il precoce segno di risentimento epatico; 4) per l'intimo legame dimostratosi nel caso fra segni epatici e segni intestinali; 5) per il concomitante stato febbrile, in analogia con quanto è stato registrato per forme di cirrosi epatica di origine tosso-infettiva; 6) per analogia con quanto si verifica in varie forme protozoarie.

Endoarterite obliterante postflebitica.

Dott. V. BACCI. — L'O. prendendo occasione da uno studio sull'argomento di Autori francesi (Labbé, Heitz et Gilbert-Dreyfus) e da un raro caso occorsogli, conclude:

1) che esistono dei processi arteritici degli arti in dipendenza di flebiti infettive con esiti che possono giungere fino alla cancrena secca per trombosi;

2) che la propagazione del processo flogistico può farsi per *contiguità* di tessuto o per *vicinanza* a mezzo del sistema linfatico che circonda e percorre il fascio neurovascolare;

3) che per quanto le arteriti consecutive a flebiti sieno rare per la presenza nello spessore delle pareti vasali di elementi tessurali protettivi impermeabili al passaggio degli agenti tossi-infettivi, primo fra questi la limitante elasticità esterna, devesi tenere presente questa possibilità fra i frequentissimi casi di flebite infettiva per prevenire colle cure opportune le tristi vicende che pure in rari casi possono avere sì grave epilogo, specialmente nei soggetti arteriosclerotici.

Il Segretario: Dott. CAPECCHI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Sullo scivolamento delle vertebre.

La spondilolistesi è molto più frequente di quanto non appaia clinicamente. Nella maggior parte dei casi è interessata la V lombare, più raramente la IV. In tutti i casi si rinvenne una fessura (probabilmente di origine congenita) situata sulla porzione interarticolare della vertebra spostata. Questa fessura, per la minor resistenza che oppone ai movimenti, permette che il corpo con i processi articolari superiori si sposti in avanti, mentre i processi articolari inferiori restano connessi con la vertebra sottostante. A causa di questo spostamento si verificano alterazioni secondarie dei corpi vertebrali e dei legamenti e specie proliferazioni ossee marginali.

Junghanns (*Arch. Klin. Chir.*, vol. 159, pagina 423, 1930) ha osservato anche quattro casi di spostamento all'indietro del corpo vertebrale. La causa di questo scivolamento è rappresentata dalla lesione del disco intervertebrale sottostante per traumi o per processi degenerativi. Radiograficamente oltre allo spostamento all'indietro del corpo, si nota anche uno scivolamento del processo articolare inferiore della vertebra soprastante, all'avanti rispetto al processo articolare superiore della vertebra spostata.

Si osservano anche spostamenti nel senso laterale specie nella tabe. Processi osteomielitici, tumori, la tubercolosi, metastasi cancerigene possono determinare spostamenti complessi per distruzioni parziali del corpo, degli archi e dei dischi intervertebrali.

P. VALDONI.

Metastasi vertebrali considerevoli di origine prostatica.

Ch. Van der Biken (*Le Scalpel*, 28 febbr. 1931) riferisce la storia di un malato, ricoverato in ospedale perchè colpito bruscamente da una sindrome di sezione midollare. Il malato, all'ingresso in Ospedale, presentava una paralisi flaccida dei due arti inferiori, con scomparsa dei riflessi achillei, rotulei, cremasterici e addominali inferiori e medi tanto a destra che a sinistra. La sensibilità tattile e termica era scomparsa nei due arti inferiori; la sensibilità dolorifica era ugualmente scomparsa nella regione inferiore del corpo, era invece integra nel territorio cutaneo situato al di sópra di una linea passante a 5 dita trasverse sotto l'ombelico. Si notavano disturbi degli sfinteri. L'anamnesi nulla rivelava di interessante, eccetto una pollachiuria prevalentemente notturna di cui l'infermo soffriva da circa 2 anni. L'esplorazione rettale mise in evidenza una prostata un po' aumentata di volume, di consistenza dura, ma regolare. L'esame del rachide dimostrava una scoliosi dorsolombare a concavità destra con curvatura di compenso cervico-dorsale. Alla palpazione delle apofisi spinose si notava un leggero infossamento della D9 con forte prominenza della D10. L'esame radiologico del rachide mise in evidenza una decalcificazione considerevole di tutta la colonna vertebrale; di più, le vertebre dorsali erano deformate, gli spazi intervertebrali ristretti o scomparsi; nella regione lombare le vertebre erano notevolmente meno deformate e si notavano più distintamente che nelle regioni superiori, in cui l'intensità delle lesioni mascherava i dettagli delle alterazioni, una profusione di zone di osteoplasia di cui l'aspetto radiologico era quello di una metastasi ossea di origine neoplastica.

L'ammalato morì poco dopo e l'autopsia mise in evidenza un adeno-carcinoma della prostata con metastasi delle vertebre e dei gangli lombo-aortici. L'esame del midollo spinale non fu praticato.

Il caso è interessante sia per l'evoluzione latente del neoplasma primitivo che per la localizzazione esclusiva delle metastasi ossee sul rachide e l'estensione ed il grado delle alterazioni di esso.

C. TOSCANO.

Contributo allo studio delle malformazioni del rachide cervicale.

L. Diamant-Berger, R. Pétrignani e Lifchitz (*Presse Médicale*, n. 49, 18 giugno 1930) hanno avuto occasione di osservare un caso estremamente raro di malformazione della colonna cervicale. Si trattava d'un bambino di 5 anni che all'esame radiografico della colonna cervicale presentava al disotto della C^3 un corpo vertebrale intero privo dell'arco posteriore ed al disopra della D_1, tra questa e l'ultima vertebra cervicale un arco vertebrale posteriore completo. Si trovava quindi al posto della C_4, un corpo vertebrale, senza arco posteriore ed al posto della C_7, un arco posteriore senza corpo vertebrale. In totale 7 vertebre cervicali complete, di cui però, sei normali, e due emivertebre.

BUCCI.

TERAPIA.

La collassoterapia per alcoolizzazione del nervo frenico.

La frenicotomia semplice, eseguita nei casi in cui l'esame clinico e radiologico non giustificano la frenico-exeresi, può dar luogo a degli inconvenienti. Essa non dà la certezza assoluta sul risultato, e quando si vuole trasformare una frenicotomia in frenicectomia si trovano talora delle difficoltà per ritrovare i

capi del nervo sezionato, che hanno più o meno perduto i loro rapporti anatomici normali.

Per ottenere i vantaggi di una frenicectomia, senza abolire definitivamente la funzione diaframmatica, F. Cordey e P. Philardeau (*Presse médic.*, 21 febbr. 1931) hanno avuto l'idea di ricorrere alla alcoolizzazione del nervo frenico per i casi poco gravi e per i quali è impossibile realizzare il pneumotorace. La sezione fisiologica del nervo che così si ottiene è in generale transitoria e dopo un tempo più o meno lungo, variante da qualche settimana a parecchi anni (in media tre anni), il nervo ricupera la sua funzione.

Dati i rapporti anatomici del frenico, gli AA. hanno preferito lavorare allo scoperto. La via di attacco è la stessa che per la frenicectomia. Scoperto il nervo per circa 5 cm. almeno, si inietta nello spessore di esso, a vari livelli differenti, alcune gocce di alcool assoluto con un ago finissimo. Malgrado ogni cura, un po' di alcool sfugge attorno al nervo, ma ciò non ha grande importanza.

I risultati immediati sono assolutamente gli stessi che nella frenicotomia. L'emi-diaframma è immediatamente paralizzato. Poichè il primo caso così trattato dagli AA. rimonta solo all'agosto 1929, non è ancora possibile parlare dei risultati lontani.

In un solo caso la motilità ha ricominciato a riapparire dopo 6 mesi. Gli altri malati presentano ancora la paralisi dell'emidiaframma.

Il metodo è particolarmente indicato nei casi leggeri in cui una immobilizzazione momentanea del diaframma si presume che possa permettere la cicatrizzazione delle lesioni.

C. TOSCANO.

Trattamento delle emottisi durante il pneumotorace.

Quando l'emottisi dal polmone non collabito, si impone il trattamento anticoagulante: lobo posteriore dell'ipofisi diluito in 10 cmc. di soluzione fisiologica, per iniezione endovenosa lenta. Il pneumotorace controlaterale può essere nocivo; il pneumotorace in corso va momentaneamente sospeso.

L'emottisi che proviene dal polmone collabito può essere:

1) Traumatica, provocata dallo strappamento di un'aderenza o di un frammento polmonare aderente alla parete toracica; in tal caso, invece del trequarti, si userà l'ago e si farà la nuova puntura lontano da quella precedente. Si faranno insufflazioni a piccole dosi, ad intervalli distanziati, in pressione negativa. Rinunciare al pneumotorace artificiale se le aderenze sono estese.

2) Dovuta ad un disturbo improvviso del piccolo circolo, a compressione o decompressione brusca per eccessiva mobilità del mediastino, con o senza torsione dei grossi tronchi venosi dell'ilo. In tali casi, il pneumotorace controlaterale è controindicato.

Il pneumotorace in corso sarà sospeso, salvo in caso di decompressione.

Se l'emorragia persiste, applicare i coagulanti.

3) Dovuta ad incompressibilità di caverne a pareti rigide, di un grosso blocco pneumonico o di lesioni evolutive profonde, oppure ad una sinfisi pleurica progressiva molto vascolarizzata. Anche in tali casi, si eviterà il pneumotorace controlaterale; la sezione delle aderenze può essere pericolosa. Il pneumotorace in corso può essere continuato con prudenza se la compressione è insufficiente, ma vi si rinuncerà se le emottisi si ripetono; in tal caso, usare la terapia coagulante. Se l'emorragia proviene dalla base del polmone, tentare la frenicectomia.

Nelle emottisi recidivanti (tubercolosi fibrosa molto vascolarizzata, con neoformazioni vasali fragili, ipertensione del sistema venoso con dilatazione del cuore destro ed ipertrofia del fegato od emogenia) il pneumotorace controlaterale è pericoloso. Quello in corso va interrotto (tubercolosi fibrosa) o continuato soltanto se la pressione è negativa, con insufflazioni moderate distanziate. I coagulanti sono controindicati nella tubercolosi fibrosa e nell'emogenia. Nell'ipertensione venosa, somministrare i tonici cardiaci ed i diuretici e fare dei salassi.

(G. Caussade e A. Tardieu, *La rev. médicale*, 12 febbr. 1931). *fil.*

L'azione emostatica dell'olio canforato.

Arnstein e Wischnowitzer (*Arch. mal. du coeur*, giugno 1930) mettono in rilievo che le iniezioni sottocutanee di olio canforato (alcuni centimetri cubi) hanno un'azione emostatica particolarmente nelle emottisi. Il tempo di coagulazione, con il suo uso, già mezz'ora dopo l'iniezione ne viene abbreviato, effetto che dura per 1-2 ore. *fil.*

TECNICA.

Ricerche colturali sul bacillo della tubercolosi.

C. Callerio (*Boll. Soc. Med. Chir. di Pavia*, n. 2, 1930) ha adoperato il metodo di Hon con qualche modifica. La tecnica era la seguente. Il materiale da seminare era omogeneizzato in agitatore e quindi trattato con acido solforico al 10 % in proporzione di 2 parti di materiale su 10 parti ed anche più di soluzione d'acido solforico per un tempo variabile da 30 minuti a 4 ore. Centrifugazione forte per 10' e insemenzamento del sedimento su terreno di Kahlfeld. Lo sviluppo del germe ha richiesto in media da 15 a 20 giorni. Su 36 sputi contenenti bac. di Koch la cultura è stata posi-

tiva in 34; su altri 20 con ricerca diretta negativa le culture rimasero sterili.

Il metodo di Hon viene raccomandato da C. per i buoni risultati e per la facile esecuzione. G. PACETTO.

Un metodo semplice per l'emocoltura.

J. E. McCartney (*The Lancet*, 14 marzo 1931) consiglia di servirsi per l'emocultura una bottiglia piatta della capacità di 170 cc. chiusa da gomma che si attraversa coll'ago per versare il sangue nella bottiglia stessa che contiene il brodo di cultura.

L'A. dà i dettagli di preparazione della bottiglia, la quale permette di fare culture aerobiche ed anaerobiche, costa poco, si prepara facilmente e si trasporta pure facilmente.

R. LUSENA.

MEDICINA SCIENTIFICA.

La natura dell'algidità sperimentale descritta da Sanarelli.

È noto che, studiando il meccanismo patogenetico del colera, G. Sanarelli ha potuto riprodurre nei conigli una sindrome mortale che, dal punto di vista clinico, anatomo-patologico e batteriologico, è del tutto analoga all'algidità colerica dell'uomo. Basta, a tale scopo, iniettare nelle vene di un coniglio una dose tollerata di vibrioni colerici e, 24 ore dopo, pratica una nuova iniezione di una dose, pure inoffensiva, di un filtrato di brodo-colture di *B. coli* o di *B. proteus*. Un certo tempo dopo l'introduzione dell'antigene (poche ore od 1-2 giorni) si ha la sindrome, caratterizzata da notevole ipotermia, da depressione arteriosa, da attacchi convulsivi che finiscono con l'asfissia mortale.

All'autopsia, si trova un quadro caratteristico: niente versamento nel peritoneo, vasi addominali fortemente iperemizzati, punteggiature emorragiche nell'epiploon, polmoni ed intestino; enterite violenta, nefrite acuta con emorragie, distruzione e caduta massiva dell'epitelio della vescica urinaria, del tenue, della cistifellea (*epitalassi generale*). Dal punto di vista batteriologico, si osserva una enorme concentrazione dei vibrioni colerici nel contenuto intestinale, senza vibrionemia.

Tale fenomeno sperimentale è stato identificato, dal Sanarelli, con l'algidità colerica.

P. Zdrodowski, K. Halapine, e B. Woskressenski (*Ann. Inst. Pasteur*, genn. 1931) hanno completamente confermate le osservazioni di Sanarelli ed hanno fatto ricerche per investigare il meccanismo di produzione del fenomeno.

Essi hanno così stabilito che le proteine del siero del coniglio si alterano sotto l'influenza dell'infezione colerica. Esse diventano meno stabili e danno una flocculazione spontanea in condizioni che sarebbero invece indifferenti per i sieri normali (così, p. es., con la diluizione in soluzione fisiologica).

Evidentemente, sono le globuline che si modificano sotto l'azione dei vibrioni colerici.

L'algidità sperimentale è indubbiamente di natura anafilattica e deve essere connessa con dei fenomeni colloidali. Le proteine dell'organismo colerizzato, diventate meno stabili sotto l'influenza dell'infezione colerica, danno una precipitazione *in vivo*, sotto l'azione successiva di fattori scatenanti (prodotti colibacillari). L'anormale labilità delle proteine del siero negli animali colerizzati, a cui si è sopra accennato, starebbe in appoggio a questo modo di vedere. Si può ritenere che le variazioni del siero corrispondano ad alterazioni analoghe nelle cellule (specialmente nel sistema epiteliale ed endoteliale) dell'organismo colerizzato. La precipitazione endocellulare diverrebbe così la causa determinante della catastrofe anafilattoide.

fil.

L'influenza dei colloidi sulla pressione arteriosa nello shock traumatico.

È noto che nello shock traumatico il sintoma predominante è la caduta della pressione, verso cui occorre rivolgere la maggiore attenzione.

Chiappini (*Arch. It. di Chir.*, vol. XXVII, fasc. 6) ha condotto pertanto su cani in istato di shock (da laccio emostatico) una serie di ricerche allo scopo di precisare comparativamente gli effetti della infusione di varie soluzioni sull'abbassamento della pressione arteriosa.

La soluzione di gomma arabica al 6 % in soluzione di cloruro di sodio al 0,9 % si è dimostrata capace di rielevare progressivamente e stabilmente al valore normale la presenza sanguigna, mentre inefficace è stata l'azione di soluzione isotonica o ipertonica di cloruro di sodio.

C. GIACOBBE.

POSTA DEGLI ABBONATI

Cura sclerosante delle emorroidi. — Al dott. R. B. da G., abb. n. 3561-1:

Secondo l'esperienza di chirurgi francesi e americani, e secondo i risultati ottenuti nella Clinica chirurgica di Roma, le iniezioni sclerosanti possono determinare la guarigione delle emorroidi.

Le sostanze iniettabili sono varie (glucosio, chinino, ecc.); efficace è il salicilato di sodio al 30 o 40 %. La tecnica è la seguente: si invita l'amm., posto in posizione genupettorale, a spremersi fin tanto che si mettono bene in

evidenza e si rigonfiano i noduli interni ed esterni; poi con un sottile ago da iniezioni si punge un nodulo dopo averlo toccato con un po' di jodio; quando il gocciare del sangue dall'ago dà la certezza assoluta di essere nella vena, si innesta la siringa, si aspira un po' di sangue per essere sicuri di non aver spostato l'ago e si iniettano, secondo la grandezza del nodulo, da poche gocce a 1/2-1 cc. di liquido. Dopo l'iniezione si fa alzare e camminare l'a. che può attendere alle normali occupazioni. È bene non trattare che 1-2 noduli ogni seduta; le iniezioni si faranno ogni 3-4 giorni.

Le iniezioni sono dolorose; ma il dolore scompare presto. Nei giorni seguenti può aversi un po' di edema e di turgore del nodulo trattato, che dura qualche giorno. Se il liquido è andato nei tessuti perivenosi può produrre, oltre ad un dolore molto intenso, delle necrosi e delle ulcerazioni che tardano a guarire. Ma la guarigione si ottiene ugualmente. Raramente si ha elevazione febbrile dopo l'iniezione. Non sono riportati casi di embolia mortale.

In complesso si può dire che la cura sclerosante nelle emorroidi è un trattamento efficace, privo di pericoli gravi, che è opportuno tentare prima di ricorrere all'atto operativo.

Stefanini.

Al dott. P. M. da F.:

Suggeriamo:

Dévé. *L'échinococcose vertébrale, son processus pathogénique et ses lésions.* Ann. anatom.-path. méd.-chir., p. 841-859, 1928.

Rocher. *Kyste hydatique du rachis.* Revue d'Orthop., 16, 138-155, 1929.

Regoli. *Cisti d'echinococco primitiva dell'ala dell'osso iliaco.* Prat. chir. ecc., n. 1, pagine 48-99, 1926.

Grifi. *Su cento casi di cisti da echinococco.* Pol., Sez. Chir., vol. 26, pag. 464.

P. Valdoni.

VARIA.

Il rendimento massimo.

Espressione molto in uso agli Stati Uniti, questa del rendimento massimo, che si vorrebbe ottenere in tutte le attività umane e che, con la ventata invadente di americanismo, si vorrebbe diffondere anche da noi. Falso miraggio su cui giustamente richiama l'attenzione G. Bohn in *Mercure de France* (1° luglio 1930) mostrando i pericoli a cui andrebbero incontro il movimento scientifico e la cultura generale, da una tale invasione catastrofica.

Il rendimento massimo ha di mira soltanto la quantità, mentre la qualità, che è pure della massima importanza, passa in seconda linea. Il rendimento massimo mette capo alla sovraproduzione industriale, la quale è, a sua volta, un movente di guerre; nel campo scientifico, esso esige il lavoro in comune ed in serie; gli specialisti uniscono i loro sforzi e, per fare presto, lavorano meccanicamente, senza pensare; la riflessione, di fatto, porta con sè un ritardo. E vi sono, in Europa, delle istituzioni che, pur di scimmiottare le tendenze americane, arrivano ad eccessi ridicoli; così Bohn cita l'esempio di un laboratorio botanico dell'Alvernia dove, prima dell'ammissione, gli studiosi sono avvertiti che quelli che non forniranno il rendimento massimo saranno inesorabilmente espulsi.

Soprattutto, il rendimento massimo è antifisiologico e conduce rapidamente all'esaurimento; un organismo che vi si sottopone, non sarà poi più in grado di fornire un lavoro superiore quando questo gli venisse richiesto in un momento decisivo della propria vita. Gli organi debbono tutti lavorare, ma ad un ritmo normale, che è diverso a seconda degli individui e delle razze ma che, entro certi limiti, può essere fornito dalla media degli uomini. Può anche essere bene, come consiglia assennatamente il nostro De Sanctis, intercalare di tanto in tanto uno sforzo, che tempra l'energia dell'individuo. Ma non bisogna bruciare le forze di riserva, da tenersi pronte per le ore in cui la famiglia, la patria, la società richiederanno delle fresche energie e degli individui fisiologicamente sani e psichicamente equilibrati. Esigere un rendimento massimo significa sfruttare al massimo un organismo ed è lontano da una saggia economia sia per le macchine come per l'uomo.

fil.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

S. Saitta. *Sul comportamento della brucella melitensis e della brucella abortus di fronte ad alcuni colori di anilina.* — Tip. Minerva, Torino, 1929.

S. Saitta. *Costituzioni somatiche e attitudini ai vari servizi della Regia Marina.* — Tip. Romana, Roma, 1929.

A. Vinaj. *La stazione termale nel suo complesso creno-fisioterapico.* — Arti Grafiche Panetto, Spoleto, 1930.

C. Gallia. *Sei anni di statistica e profilassi delle malattie sifilo-veneree in Torino.* — Tip. Minerva, Torino, 1930.

C. Ortali. *Le acque albule e la loro azione nevrotonica.* — Tip. Sangiovanni, Napoli, 1930.

G. Modena. *Brevi note sul movimento dei malati di mente nei luoghi di cura durante il 1926 e 1927.* — Anon. Poligr. Emiliana, Reggio Emilia, 1929.

B. De Tullio. *Il medico criminologo nella polizia.* — Stab. Ind. Edit. Merid., Napoli, 1930.

P. Boveri. *Osservazioni cliniche e climatologiche in rapporto alle acque e alla Staz. Termale di Levico-Vetriolo.* — Tip. Zerboni, Milano, 1930.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

Lega Italiana di Igiene e Profilassi Mentale - Sez. Emiliana

Il Preventorio e Dispensario per l'igiene mentale e la paralisi progressiva

per il prof. G. PELLACANI - Bologna.

L'avvento della malarioterapia ha portato ad una netta remissione terapeutica circa un terzo dei paralitici che pervengono agli Ospedali Psichiatrici: vale a dire con sindromi già avanzate, e non certo nel periodo più favorevole di curabilità.

Remissioni oltre che cliniche (neurologiche, mentali, nelle reazioni biologiche) anche anatomo-patologiche, e relative alla reperibilità dei parassiti nel parenchima cerebrale: come hanno ormai dimostrato numerose ricerche istologiche in paralitici morti (per cause estranee alla paralisi progressiva) in istato di remissione, la quale in alcuni casi poteva meglio definirsi vera guarigione: con spegnimento di ogni focolaio infiammatorio-infiltrativo-degenerativo encefalico e meningeo, e con assenza, ormai da molti anni, della sindrome umorale nel Liquor. Sono questi gli importanti risultati della malarioterapia, in confronto delle cure unicamente medicamentose, e delle remissioni spontanee che si verificavano appena in un decimo dei malati; ed erano intermissioni di regola brevi, del tutto parziali sintomaticamente, transitorie, dopo le quali la malattia riprendeva di regola il suo fatale cammino verso la morte.

Le guarigioni complete, se valgono a mostrare il valore della terapia malarica ed il suo meccanismo di azione contro la virulenza e la stessa esistenza, dei treponemi, sono tuttavia ancora rare, allo stadio attuale delle nostre possibilità terapeutiche. Di regola si tratta di remissioni notevoli bensì, tali da consentire anche la dimissione dei malati ed il ritorno alle ordinarie occupazioni; ma tuttavia sono più o meno incomplete e con difetto residuo: ed accanto a *deficit* mentali più o meno lati o circoscritti, i più fini sintomi neurologici sogliono perdurare in modo più o meno completo. Così sono generalmente ostinati, per quanto spesso attenuati, i reperti di natura immunitaria e di origine anche parenchimale (reazioni di flocculazione e *Wassermann*) pertinenti alla sindrome umorale nel Liquor, che è il reagente biologico delle neuropatie sifilitiche.

Questi sintomi mostrano la più comune attenuata, ma ostinata, persistenza di focolai infiammatori parenchimali encefalici: mentre i focolai meningei si dimostrano, come sempre, più facilmente aggredibili, e la loro sindrome umorale nel Liquor più facilmente scompare (iperalbuminosi, linfocitosi, aumento delle globuline).

La frequente persistenza dei primi reperti umorali mostra la possibilità e il pericolo di riaccensioni e di nuove propagazioni infiammatorie parenchimali ed anche meningee, cioè di ricadute cliniche, se i malati vengono abbandonati a sè stessi, senza alcuna sorveglianza e cura.

Ecco come l'Ambulatorio e Dispensario Neuro-psichiatrico viene ad acquistare un'importanza di primissimo ordine per la sorveglianza clinica, e specialmente umorale, dei paralitici dimessi in istato di remissione dagli Ospedali Psichiatrici, o comunque già sottoposti con esito favorevole alla malarioterapia e terapia medicamentosa (specialmente arsenobenzolica) di completamento. Non solo col praticare loro le indispensabili periodiche cure bismuto-arseno-mercurio-jodiche; ma specialmente sorvegliandoli, a distanza di non molti mesi, sull'andamento dei sintomi clinici, e sopratutto della sindrome umorale nel Liquor: che è un indice, di regola molto esatto, del progressivo attenuarsi, ovvero del riaccendersi, dei focolai flogistici-degenerativi proprii della malattia. Così dicasi per la tabe.

È solo dopo tre anni di permanenza della negatività della sindrome umorale nel Liquor, che uno di questi ammalati in istato di netta remissione clinica può essere abbandonato a sè, senza sorveglianza e senza cure, e giudicato guarito: senza che, ragionevolmente, permanga il pericolo, così grave, di una ricaduta.

È ovvio che quanto più precocemente la sorveglianza umorale e clinica praticata dal Dispensario farà rilevare i segni (che di regola sono prima umorali) di una ricaduta, e quanto più presto si potrà in tal modo praticare un nuovo intervento malario-arsenobenzolico, tanto maggiori saranno le probabilità della sua efficacia.

È specialmente in queste terribili malattie pertinenti alla neurolue parenchimale tardiva, che abbisognano, per lungo tempo, di periodici controlli umorali e clinici, e di lunghe e periodiche cure, malattie che solo ora si cominciano a combattere efficacemente do-

po l'avvento della arseno- e malario-terapia, mentre fino a pochi anni fa la loro diagnosi equivaleva a prognosi di prossima morte, è specialmente in esse che emerge la necessità, per i non abbienti, di Istituzioni diagnostiche, di controllo, curative, gratuite: come sono quelle che le Leghe per l'igiene neuro-mentale intendono promuovere, ed in Italia hanno già realizzato in vari luoghi.

Ad esse spetta il compito, importantissimo, di sorvegliare affinchè questi ammalati, dimessi dagli Ospedali Psichiatrici in istadio di remissione clinica, non restino abbandonati a sè stessi, alle possibili e non rare ricadute, che, colte al loro primo iniziarsi, possono essere più efficacemente combattute!

***

Ma allo stadio attuale delle nostre conoscenze e possibilità terapeutiche, compresa la malarioterapia, la lotta più efficace contro le encefalo e mielopatie sifilitiche parenchimali è di ordine preventivo, non curativo.

Man mano che ci si riporta verso gli inizi del processo morboso, crescono le probabilità dei successi terapeutici, non solo in rapporto alla loro entità, ma insieme per la loro durata e stabilità. Si tratta infatti, in queste malattie, di una flogosi infettiva che, una volta attivata, si propaga lentamente con focolai infiltrativi-distruttivi sempre più profondi nel parenchima nervoso, a sempre maggiore distanza dai tessuti mesodermici dei vasi e delle meningi, entro un tessuto lipoide di protezione che permette sempre più scarsa diffusione di medicamenti ed ha minore reattività cicatriziale: in altri termini i focolai flogistici-parassitari sono sempre meno aggredibili dai medicamenti specifici, e così dagli interventi aspecifici-pirogeni di ordine tossico ovvero infettivo, come quello malarico; e le lesioni degenerative e distruttive degli elementi nervosi sono sempre più vaste e definitive.

È dunque nella lunga fase preclinica della Paralisi progressiva e della Tabe che va diagnosticato e curato il processo morboso: e la malario-arseno-terapia compie qui davvero opera sterilizzatrice, e in una percentuale grandissima.

La fase preclinica delle infiltrazioni flogistiche luetiche parenchimali mielo-encefaliche è costituita dalla fase meningea. È ancora il Liquor che palesa obiettivamente queste subdole, latenti, generalmente circoscritte meningiti luetiche, prima di ogni difetto e sintomo di ordine neurologico.

È sempre il Liquor, questo reattivo biologico della lue nervosa, che va esaminato nei sifilitici, anche quando la Wassermann permane costantemente negativa nel sangue: se si vuole ottenere che la morbilità per Paralisi progressiva e Tabe decresca finalmente dal 6-7 % dei luetici verso lo zero. È questa l'unica profilassi possibile di queste malattie.

È noto sino dalle prime ricerche con la citodiagnosi del Liquor fatte dalla Scuola di Vidal al principio di questo secolo, confermate in seguito dal reperto degli altri elementi di natura infiammatoria o immunitaria della sindrome meningo-luetica del liquor, come, dall'inizio del periodo secondario dell'infezione, siano comuni le reazioni flogistiche meningee: dal 40 al 50 % dei luetici esaminati (*sindromi di positività precoce del Liquor*). In seguito, una buona percentuale delle meningiti secondarie si estingue spontaneamente o terapeuticamente: ma nel 6-8 % persistono tardivamente (*positività tardiva del Liquor*), se pure in modo subdolo e senza dare sentore clinico di sè: e sono allora prodromiche delle sindromi parenchimali tardive.

È questa positività tardiva del Liquor che occorre rilevare nei sifilitici apparentemente guariti. Essa può essere vinta con un intenso trattamento specifico, specialmente arsenobenzolico: e qualora essa ancora permanga irriducibile, la riduzione persistente e definitiva si ottiene di regola associandovi la malarioterapia.

Solo in tal modo è possibile far scendere la morbilità verso lo zero; solo così la medicina odierna può avere il merito di aver vinto la Tabe e la Paralisi progressiva: questa terribile malattia che, con un decorso medio di 25-30 mesi, portando lo sfacelo progressivo nelle più nobili funzioni della personalità fisio-psichica, conduce i malati a morire negli Ospedali Psichiatrici in una media annuale che variava, sino a pochi anni fa, dal 15 al 20 % della mortalità generale, ed è ora ridotta di un terzo circa, con la inoculazione malarica *curativa*.

Quest'opera *preventiva*, così necessaria e urgente, che deve essere estesa quanto più largamente è possibile, è di specifica spettanza del Preventorio-Dispensario Neuro-psichiatrico. Ad esso spetta diffonderne la necessità fra i medici e nella popolazione, praticare gli accertamenti Liquor-diagnostici nei luetici apparentemente guariti, provvedere alla riduzione medicamentosa o malario-terapica della positività tardiva del Liquor.

Il fastidio di una puntura lombare a scopo

diagnostico non ha davvero importanza di fronte al pericolo di una futura Tabe o Paralisi progressiva! Chi, conoscendo la sua estrema gravità, e sapendo di poterlo quasi certamente scongiurare, non si sottoporrebbe di buon grado al piccolo intervento, ed alle successive cure in caso di reperto positivo persistente?

È questo preventivo, ben più che quello curativo, il campo di più fondamentale, efficace e definitiva azione della malarioterapia, la quale oggi, giustamente, trionfa! Alle Istituzioni per la Igiene e Profilassi Mentale spetta farlo largamente conoscere e largamente applicarlo, assolvendo un loro importantissimo compito a pro' della medicina nervosa e sociale.

RIASSUNTO.

Viene mostrata la importanza delle istituzioni profilattiche e curative per l'igiene mentale, per la vigilanza clinica e sopratutto umorale (Liquor) necessaria ai paralitici e tabetici in istadio di remissione, quale oggi si può ottenere con la malarioterapia. Ma sopratutto per la *prevenzione* di quelle malattie: che è possibile oggi ottenere in modo può dirsi totalitario, con l'esame del Liquor nei luetici, ed il reperto della sua positività in rapporto alla meningolue. Questa fase prodromica delle infiltrazioni parenchimali tabetiche e paralitiche è oggi curabilissima, specialmente con la terapia malarica. Necessità di questa prevenzione.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Ascoli Piceno. *Ospedale C. e G. Mazzoni.* — Scad. 15 giu.; primario ostetrico direttore dell'Istituto Materno; L. 8000 e compartecipaz.; tassa lire 50,10; rivolgersi Congregaz. di Carità.

Cagliari. *Ammin. Prov.* — Scad. 8 giu.; direttore e coadiutore della Sez. med.-micrograf. del Laborat. Prov. d'Igiene e Profilassi; stipendi base L. 16.000 e L. 11.600, percentuali, ecc.; titoli ed esami. È vacante anche il posto di direttore della Sez. chimica.

Castellalto (*Teramo*). — Scad. 30 giu.; L. 7040 e 5 quadrienni di L. 500, oltre L. 2110 cavalc.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

Cavriglia (*Arezzo*). — Scad. 10 lug.; L. 9000 decurtate del 12 %, e 4 quadrienni dec.; c.-v.; età lim. 40 a.

Cerreto Guidi (*Firenze*). — Scad. 19 lug.; per Gavena; L. 8500 e 8 trienni dec.; c.-v.; L. 1000 trasp.; il tutto decurtato 12 %; età lim. 30 a.; tassa L. 50,10.

Chiavari. *Municipio.* — Medico oculista; L. 1500; 10 bienni ventesimo. Scad. 17 luglio.

Cosenza. — Due condotte; scad. ore 12 del 31 maggio; L. 9000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1800 vettura; riduz. 12 %; serv. entro 15 gg.; età lim. 45 a.; doc. a un mese dal 19 apr.

Cremona. *Amministrazione Ospedali Maggiore ed Ugolani Dati.* — Proroga al 31 luglio dei concorsi a medico aggiunto per Comparto di Medicina, medico-chirurgo aggiunto per Comparto di Chirurgia, medico aggiunto pel Comparto di Maternità, specialista del Reparto Oftalmico, cui spetta la qualifica di primario.

Dezzo di Scalve (*Bergamo*). — Stipendio annuo L. 12.000 lorde di R. M. e C. P.; addizionale della quota annua capitaria di L. 2 per ogni inscritto nell'elenco aventi diritto assistenza medica e somministrazione gratuita medicinali (articolo 45 R. Dec. 30-12-1923); addizionale quota annua capitaria di L. 5 per ogni inscritto nell'elenco aventi diritto all'assistenza medico-chirurgica (articolo 32 precitato Decreto); caro viveri sino a conservazione; indennità quale Uff. San. L. 500; id. per mezzi trasporto L. 1000; id. per spese ambulatorio L. 200. Aumento sullo stipendio di L. 1200 ogni quinquennio e per cinque quinquenni. I presenti emolumenti sono ridotti del 12 % per il R. D. 20-11-1930, N. 1491. La domanda in carta da bollo insieme ai prescritti documenti, debbono pervenire alla Segreteria Comunale entro il 25 luglio 1931, ed alla stessa può essere richiesto il bando di concorso contenente l'elenco dei documenti e le altre modalità del concorso.

Firenze. *R. Arcispedale di S. Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — Vice-ispettore delle infermiere; a tutto 30 maggio (per infermieri).

Groscavallo (*Torino*). — Scad. 15 lug.; L. 7920 già ridotte, oltre L. 440 uff. san. e L. 264 alloggio.

Mirabello Monferrato (*Alessandria*). — Scad. 10 lug.; L. 6300, con le deduzioni prescritte, senza indennità mezzi di trasp.; tassa L. 50,10.

Mogadiscio (*Eritrea*). *Ospedale Coloniale.* — Titolare del reparto europei e del reparto chirurgia con funzioni di direttore; L. 19.000 oltre L. 5200 serv. att., ridotti del 12 %, indennità coloniale e altri assegni; nom. sessennale, ma il 1° anno è considerato di prova; conferme; 10 anni di eserc. profess. (8 se in servizio coloniale) di cui 5 in reparti ospedalieri di chirurgia, con funzione di aiuto o di primo assistente; età lim. 45 a.; scad. 30 giu.; docum. al Ministero delle Colonie od alla Sede dei Governi coloniali.

Napoli. *Municipio.* — Assistente alla Sez. med.-microgr. dei Laboratori Comunali d'Igiene e Profilassi; scad. ore 17 del 13 giu.; titoli ed esami: L. 10.500 e 3 quadrienni di L. 500 oltre L. 2000 serv. att., il tutto ridotto del 12 %; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 19 apr. Chied. annunzio. Rivolgersi al Controllo Generale del Comune (Palazzo S. Giacomo, Napoli.

Nocera Umbra (*Perugia*). — Per Colle; proroga ore 18,30 del 31 mag.

Novara. *Ospedale Maggiore della Carità ed Opere Pie Riunite.* — Medico primario tisiologo; proroga 31 mag. Primario della Sezione dermosifilopatica; L. 4000 oltre L. 1300 serv. att. e quote di partecipaz., 6 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50; doc. non anter. al 31 gen.; scad. ore 18 del 31 mag.

Rho (*Milano*). — Scad. 25 mag.; consorzio; lire 11.500 ridotte; 5 quadrienni dec.; addizionale L. 3 oltre i 1000 pov.

Rocca d'Arazzo (*Alessandria*). — Scad. 31 lug.; L. 7000 e 4 quinquenni dec., oltre L. 1800 trasp.; età lim. 30-45 a.

Roccalbegna (*Grosseto*). — A tutto 20 mag.; L. 9240 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1760 trasp., c.-v. se coniugato; già ridotti del 12 %; tassa lire 50,10; età lim. 30 a.; buona condotta morale e politica. Ab. 2000 circa, iscritti 200 c.

Rosora-Mergo (*Ancona*). — A tutto 31 mag.; L. 7920 oltre L. 2540, già depurate; 4 quadrienni dec.; c.-v.; età lim. 35 a.; tassa L. 50; doc. non anter. al 27 apr. Per Mergo; ab. 1030.

Venezia. *Ospedale Civile*. — Aiuto nella divisione oculistica; L. 4560 per i coniugati, L. 4200 per i celibi, ridotte del 12 %; titoli ed esami; scad. ore 17,30 del 25 lug.; tassa L. 50; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dal 24 apr.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

Concorsi a premi.

Fondazione Luigi Concetti.

Giusta lo Statuto della Fondazione « Luigi Concetti » la Società Italiana di Pediatria apre un concorso nazionale al premio di L. 2000 da assegnarsi alla migliore monografia riguardante studi pediatrici pubblicata nel biennio 1930-31. Al premio possono concorrere monografie stampate o dattilografate non presentate ad altro concorso. Domanda, accompagnata da tre copie delle monografie, alla presidenza della Società (Corso Bramante 29, Torino) non più tardi del 31 dicembre 1931. Il premio sarà assegnato entro il 1932 dal Consiglio Direttivo della Società in base alla relazione della Commissione esaminatrice.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dott. Giulio Lega, della R. Clinica medica di Roma, è nominato, in esito a concorso, medico della Camera dei Deputati, quale successore del compianto prof. A. R. Cervelli.

Rallegramenti.

Sono abilitati alla libera docenza in Anatomia umana normale: Rossi Ferdinando, De Frise Aldo; Batteriologia ed Immunologia: Morelli Elisa, Vivaldi Livio, Gori Pio, Reitano Ugo; Chimica biologica: Cruto Alfonso; Clinica chirurgica: Fumagalli Carlo Rodolfo, Lorenzetti Carlo, Rossi Francesco, Polacco Ezio, Romani Antonio; Clinica chirurgica e Medicina operatoria: Biancheri Teofilo, Sanvenero Francesco; Clinica dermosifilopatica: Castellino Pietro, Devoto Alberto, Ferrari Alessandro Vincenzo, Lanteri Giovanni, Maccari Ferdinando, Tanturri Vincenzo, Tarantelli Ugo; Clinica di malattie nervose e mentali: Catalano Angelo, Challiot Vittorio, De Angelis Eugenio, Fiamberti Adamo Mario, Gerini Cesare, Poppi Umberto, Rizzo Carlo, Morselli Enrico; Clinica medica: Dalla Volta Alessandro, Melli Guido, Scimone Vittorio, Serio Francesco; Clinica oculistica: Candian Ferruccio, Gennaro Luciano, Loddoni Giovanni, Marinosci Alessandro, De Logu Antonio, Santori Giuseppe; Clinica oculistica e Oftalmoiatria: Rossi Domenico; Clinica ostetrica e ginecologica: Carloni Ettore, Cetroni Berardo, Corinaldesi Francesco, Del Vivo Riccardo, Maurizio Eugenio, Macchiaruolo Oronzo, Ronsisvalle Alfio; Clinica otorinolaringoiatrica: Borri Camillo, Bronzini Arduino, Trimarchi Alfonso; Clinica pediatrica: Bardisian Artin, Belloni Giuseppe, Graziano Francesco, Jacchia Paolo, Millo Giulio, Careddu Giovanni, Guassardo Guido, Madon Filippo Vittorio, Peola Flora, Segagni Siro; Farmacologia sperimentale: Guidi Giuseppe; Farmacologia sperimentale e Terapia: Carello Cantoni Alberto; Fisiologia sperimentale: Comel Maurizio; Igiene: Mazzetti Loreto; Organizzazione scientifica del lavoro: Fossati Mario; Patologia coloniale: Tedeschi Carlo; Patologia speciale chirurgica: Andrei Oreste, Antognetti Lorenzo, Bartoli Ottorino, Di Natale Luigi, Mairano Mario, Milone Sebastiano, Oselladore Guido, Redi Rodolfo, Scarpello Antonio, Serra Giovanni, Sussi Luigi, Beccarini Luigi, Bedarida Nino Vittorio, Chiarello Alfonso, Magliuolo Alfonso; Patologia speciale medica: Allodi Angelo, Arrigoni Arturo, Benedetti Piero, Canale Pietro, Cannavò Letterio, Chini Virgilio, De Benedetti Ettore, De Benedetti Virginio, De Tullio Renato, Gosio Renato, Invernizzi Giuseppe, Passamonti Eugenio, Pennetti Giuseppe, Peserico Enoch, Tramontano Vincenzo, Manni Guido, Aiello Giuseppe; Patologia e Clinica Dermosifilopatica: Giambellotti Edoardo; Psichiatria: Puca Annibale; Radiologia medica: Abbati Pietro, Chizzola Giuliano, Conte Ettore, D'Istria Antonio, Giongo Franco, Ottonello Pietro, Turano Luigi; Tisiologia: Alessandri Carlo, Luridiana Pietro, Bocchetti Federico.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Catania

Riunione della Lega contro il Cancro.

Il 26 aprile nell'Aula Magna della nostra R. Università si è tenuta la riunione dei soci della Lega Italiana per la lotta contro il cancro presieduta da S. E. il Prefetto.

Il prof. Muscatello, presidente del Comitato, dopo avere ricordato gli scopi della Lega accenna all'importanza di valutazione dei sintomi precoci del cancro ai quali deve rivolgersi la massima attenzione per un intervento tanto più utile quanto più tempestivo sia chirurgico che radium- e röntgenterapico.

Il prof. Amico, segretario del Comitato, fa la relazione della attività svolta dalla sezione catanese negli anni 1929 e 1930, parla dei buoni risultati ottenuti non ostante la insufficienza dei mezzi in rapporti ai bisogni sempre crescenti.

Il centro dovrebbe avere tutti i mezzi necessarii da potere vivere con organizzazione autonoma, anche se appogiato ad un Ente clinico od ospedaliero. Di ciò l'O. fa voti, rivolgendo un caldo appello alle Autorità.

A. T.

NOTIZIE DIVERSE.

2° Congresso internazionale degli Ospedali.

Come abbiamo annunziato, si terrà a Vienna dall'8 al 14 giugno, sotto la presidenza del dott. René Sand.

All'ordine del giorno figurano le seguenti relazioni: « Il prezzo di costo delle costruzioni ospitaliere (Distel di Amburgo); « L'ufficio dell'infermiera nell'ospedale » (sig.na Reimann di Ginevra); « La terminologia ospitaliera » (Wirth di Francoforte); « La legislazione ospitaliera » (Harper di Wolverhampton); « I servizi accessori ospitalieri » (Wortman di Hilversum); « Il costo d'una giornata di degenza in ospedale » (Gouachon di Lione); e le seguenti questioni: « Le consultazioni dispensariali » (Corwin di New York); « L'alimentazione dei malati » (von Noorden di Vienna); « Gli effetti dell'assicurazione contro le malattie sulla pratica ospitaliera » (E. B. Layton di Londra); « Il posto della neurologia e della psichiatria nell'ospedale generale » (Alter di Düsseldorf).

Il Comitato preparatorio organizzerà, d'altra parte, una grande Esposizione internazionale degli Ospedali, cui parteciperanno non soltanto gli Ospedali di tutti gli Stati, ma anche varie ditte industriali. Il Congresso dal 14 maggio al 6 giugno sarà preceduto da una visita agli Ospedali britannici, danesi e tedeschi, organizzata dall'American Express Company. I congressisti visiteranno anche gli Istituti sociali dello Stato Austriaco e della Città di Vienna. Il Congresso sarà seguito da una visita agli Istituti ospitalieri di Budapest.

Per facilitare l'organizzazione del Congresso, gli interessati sono pregati d'inviare al più presto la loro adesione al: Secrétariat du 2e Congrès International des Hôpitaux, Vienna (Austria) VII, Messeplatz 1, ovvero ad una delle succursali dell'« American Express Company » o dell'« Oesterreichisches Verkehrsbureau » (Bureau de Voyages Autrichien), accompagnata da un vaglia di scellini 35, pari a Lit. 96,25.

1° Congresso medico-chirurgico calabrese.

È indetto a Cosenza dal 23 al 25 maggio; il Comitato d'onore è presieduto dal prefetto, P. Giacone; il Comitato scientifico generale dal prof. P. Castellino; il Comitato ordinatore dal prof. R. Falcone, direttore dell'Ospedale Civile. Temi: « Sindromi addominali acute » (P. Castellino, G. Miranda, G. Santoro, C. Martelli, B. Pizzini); « La malaria nei bambini » (R. Jemma). In seno al Congresso si adunerà la Società Calabrese di Pediatria. Dal prof. C. Bruni verrà fatta una rievocazione di Agostino Casini; dal prof. P. Castellino verrà tenuta una conferenza su « La Calabria nella scienza e nell'arte »; il prof. R. Jemma commemorerà C. Cattaneo. Al Congresso sarà unita un'Esposizione. Tassa d'iscrizione: L. 30 per i medici e L. 10 per i familiari. Segretario generale del Comitato ordinatore è il prof. Giuseppe Santoro, Cosenza.

4° Congresso tedesco sulla circolazione.

Come avevamo annunziato, si è tenuto a Breslavia nei giorni 9 e 10 marzo. Venne preso in esame il problema della digitale. Gli atti saranno pubblicati quanto prima, a cura dell'editore Theodor Steinkopff di Dresda.

L'assistenza ai malati di mente nella provincia di Milano.

Il preside della Provincia di Milano, avv. Sileno Fabbri, nell'insediare il nuovo direttore dell'Ospedale Psichiatrico di Mombello, prof. Luigi Luigiato, ha tenuto una conferenza, nella sala della biblioteca del palazzo dei Pusterla, sull'opera svolta dall'attuale amministrazione in materia di assistenza ai malati di mente e sugli obbiettivi verso i quali essa è rivolta.

Corso di puericultura ad Agrigento.

È stato organizzato dalla delegata provinciale dei Fasci Femminili ed affidato al prof. Francesco Lo Presti-Seminerio, docente di clinica pediatrica nella R. Università di Palermo, che lo ha inaugurato il 2 maggio.

Un Sindacato di medici dell'apparato respiratorio in Francia.

La « Société des médecins de sanatoriums et dispensaires d'hygiène sociale » ha affidato al dott. Eber il compito di organizzare un sindacato di medici specialisti dell'apparato respiratorio. L'assemblea costitutiva ebbe luogo in occasione del Congresso francese di tisiologia, adunatosi a Bordeaux dal 30 marzo al 2 aprile.

Il sindacato deve aggruppare non soltanto i tisiologi, ma anche i medici che si occupano dell'apparato respiratorio in genere: bronchi, polmoni, pleure, i medici di stazioni balneari ove si trattano affezioni polmonari, ecc.

Non potranno far parte del sindacato che i medici i quali esercitano *unicamente* la specialità. Scopo del sindacato sarà la difesa degl'interessi di categoria, in specie rispetto alle assicurazioni sociali, il mantenimento del culto della dignità professionale e una stretta solidarietà. Il sindacato sarà in rapporto diretto con il sindacato di medici di dispensari e farà parte dell'aggruppamento dei sindacati generali dei medici specialisti, riconosciuto dalla « Confédération des syndicats médicaux de France ».

Per eventuali informazioni rivolgersi al Dr. Eber, Allée de la Robertsau 3, Strasbourg, Alsace, Francia.

Alla Clinica Pediatrica di Roma.

S. M. la Regina si è compiaciuta di visitare la Clinica pediatrica diretta dal prof. L. Spolverini; si è interessata sovratutto al recente impianto delle luci artificiali a scopo terapeutico ed al funzionamento della cucina per lattanti.

Opera Nazionale per l'Infanzia nel Belgio.

Con disposizione reale del 5 marzo u. s., si è assegnata una sovvenzione di 6.068.750 franchi all'Opera Nazionale per l'Infanzia del Belgio, istituita con la legge 5 settembre 1919.

Nascite e aborti a Leningrado.

A Leningrado le nascite sono in rapida diminuzione: da 27,8 per mille abitanti nel 1926 si passa a 24,7 nel 1927, a 22,6 nel 1928, a 21,9 nel 1929; invece la mortalità si mantiene invariata, intorno a 15 per mille. Nel ridurre la natalità hanno parte gli aborti, che secondo le cifre ufficiali furono 35.523 nel 1927, ossia 21,83 ogni mille abitanti; passarono a 53.562, ossia 31,51 per mille, nel 1928; a 67.000, ossia 31,51 per mille, nel 1929: sono cifre appena credibili. L'aborto è legalmente

autorizzato: esso importa la corresponsione di una modica tassa, che varia con le risorse famigliari. Ora si è deciso di facilitare ancora le formalità per ottenere il permesso di provocare l'aborto. (Da « Bruxelles-Médical », 26 apr. 1931).

35° anniversario di laurea.

Ricorre quest'anno il 35° anniversario della laurea dei medici della nostra Sapienza, epperò la sera del 4 corr. sono convenuti da Valiani alla Stazione buon numero dei sanitari della capitale e di altre città, laureati nel 1896. La riunione e la cena furono quanto mai liete e festanti. Notammo la presenza dei proff. Pecori, Galli, Dalla Vedova, on. Ermanno Fioretti, Bonfigli, Bruni, Caccia, Fabrini, V. Montesano, Passera, Pennesi e Pomponi; e dei dottori Belloni, Buccioni, Bulgarini, Buzi, Carboni, Castellani, La Monica, Magalli, Monteleone, Orsini, Paolelli, Pierelli, Politi-Flamini, Rusconi, Tamanti, Tarquini-Raveggi. Mandarono la loro adesione i proff. Adamo, Bianchi-Mariotti, Fummi, Ghedini e Milesi; ed i dottori Bacci, Cardarelli, Ciuchini, Claudi, D'Urso, Guasoni, Imperiali, Impicciatore, Lucarelli, Macchìa, Mattei, Natoli, Negro, Peretti, Urso e Virgili. L'oculista prof. Ercole Passera, che la simpatica festa aveva anche questa volta organizzata, portò gli affettuosi sentimenti dei lontani. Tra molti applausi il gr. uff. Vasco Tamanti deliziò i presenti con versi di squisita fattura.

Filiali e memori ossequii furono rivolti per telegrafo ai senatori proff. Durante e Marchiafava, superstiti tra i loro maestri.

Per Guido Baccelli.

In un simpatico opuscolo, preceduto da un ottimo ritratto in fotografia del grande romano (il miglior ritratto che di lui si conosca), l'Unione Storia ed Arte ha pubblicato, a proprie spese, il discorso commemorativo di Guido Baccelli, che il prof. comm. Giuseppe Brucchietti, Preside del R. Liceo-Ginnasio E. Q. Visconti, ad invito della stessa Unione tenne, settimane fa, nella sala Borromini.

L'opuscolo è dato in dono a tutti i soci dell'Unione Storia ed Arte e a tutti gli istituti ed enti di cultura.

Un monumento al dott. Rota.

Per iniziativa del Consiglio d'Amministrazione dell'Istituto Ortopedico Matteo Rota (già Istituto Rachitici) di Bergamo, ha avuto luogo la solenne inaugurazione d'un monumento al dott. comm. Matteo Rota, che dell'Istituto è stato il fondatore e per una lunga serie d'anni, sino alla morte, il più valido sostenitore.

Sono intervenute tutte le autorità politiche e religiose, numerose rappresentanze di enti e di associazioni, nonchè una vera folla di beneficati.

Il monumento consiste in una stele di marmo piantata davanti ad un *parterre* sul fondo del grande viale alberato d'ingresso all'Istituto e sorreggente un busto in bronzo. È opera dello scultore Minotti.

Il prof. Riccardo Galeazzi, direttore della Clinica Ortopedica della R. Università di Milano, ha tenuto il discorso ufficiale.

La Farmacia Storica ed Artistica italiana.

Il Sindacato Nazionale Fascista dei Farmacisti di Roma ha accordato la sua adesione ad una pubblicazione che sta preparando la Casa Editrice « Edizioni Libri Fecondi » di Milano, già nota per altri lavori d'arte. Si tratta di un volume di lusso compilato dal dott. Carlo Pedrazzini su « La Farmacia Storica ed Artistica Italiana ». Si prega di inviare segnalazioni e materiale documentativo all'autore (via Francesco Melzi d'Eril, 27) oppure alle « Edizioni Libri Fecondi » (via Moscova, 27), in Milano.

Il primo Congresso mondiale dei medici antivivisezionisti.

Nei giorni 3-5 maggio ebbe luogo a Locarno (Svizzera) il primo Congresso mondiale dei medici antivivisezionisti. Tutte le principali associazioni antivivisezioniste vi erano ufficialmente rappresentate. L'Unione italiana antivivisezionista lo era dal suo presidente dott. Gennaro Ciaburri.

Il problema della cosidetta vivisezione venne anche discusso al Congresso internazionale delle Società protettrici degli animali e antivivisezioniste, adunatosi negli scorsi giorni a Firenze sotto la presidenza del sen. conte Romeo Gallenga, inauguratosi con un discorso del sen. Innocenzo Cappa.

Infermiere che dà ripetutamente il sangue.

L'infermiere Antonio Sante, del 3° Reparto di Chirurgia nell'Ospedale Civile di Venezia, durante un periodo di poco superiore a due anni ha funzionato da datore di sangue in ben 17 trasfusioni, fornendo un totale di 6350 cmc. di sangue. Crediamo che questo sia un *record* in Italia.

Contrabbando di cocaina.

Il farmacista dott. Luigi Berta da Roma, esercente a Como e poi trasferitosi a Camogli, è stato condannato in prima istanza ed in appello a sei mesi di carcere e ad una grossa multa per spaccio fraudolento di cocaina.

Una cura dimagrante originale.

Sui quotidiani di Losanna comparivano degli annunzi in cui si prometteva una cura dimagrante, contro invio di 5 franchi svizzeri in francobolli. Una signora inviò la somma e ricevette una scatoletta rotonda, che conteneva una sola pillola, la cui apparenza non offriva nulla di particolare. Messasi in sospetto, mandò la pillola al Laboratorio d'igiene, il quale scoprì che essa conteneva un cisticerco, con un embrione di tenia. La faccenda è stata affidata alla Polizia; ma l'autore non ha potuto essere identificato.

Lo strano è che alcune vittime avevano mandato delle dichiarazioni attestanti l'efficacia della cura, le quali vennero pubblicate.

Si è spento il dott. FRANCIS X. DERCUM, uno dei maestri americani della neurologia, mentre presiedeva la riunione annua della Società Americana di Filosofia.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Med. Klinik, 24 dic. — K. HEIM. Diagn. radiologica della gravidanza.

Deut. Med. Woch., 26 dic. — PAL. Ipertonia arteriosa. — ECKSTEIN e al. Encefalite post-vaccinale: dati clinici e sperimentali.

Acta Med. Scandin., III. — C. J. MUNCH-PETERSEN. Lo zucchero nel liq. c.-spin. — E. ASK-UPMARK. Ingrossamento delle paratiroidi nell'osteite fibrosa generalizzata.

Acta Dermato-Venereol., nov. — A. JORDAN. Actinomicosi tipiche e atipiche. — A. J. PROKOPTCHOUK e al. Intossicaz. tallica. — O. BERNER. Gonococcemia con endocardite gonococcica.

Ann. Inst. Pasteur, dic. — Ultravirus provocatori delle ectodermosi neurotrope. — L. COTONI e N. CHAMBRIN. Immunità passiva ottenuta mediante il pneumococco III.

Riv. San. Sicil., 15 dic. — R. COLELLA. Influenza dell'alimentaz. idrica sull'accrescimento corporeo, sulla genesi del gozzo e delle disfunzioni tiroidee.

Bull. Ac. de Méd., 16 dic. — F. BEZANÇON e al. Reumatismo tbc.

Journ. de Méd. de Bordeaux, 20 dic. — Numero di anat. patolog.

Presse Méd., 27 dic. — P. RAVAUT. L'eczema, reazione di sensibilizzaz.

Münch. Med. Woch., 26 dic. — FEHLOW. Auroterapia delle poliartriti cron. — HOHLFELD. Dentitio difficilis.

Rev. Méd. Suisse Rom., 25 dic. — C. SALOZ. Semescenza e operazioni di ringiovanimento.

Wien. Med. Woch., 25 dic. — ZAK. Il compito del fegato nello scompenso cardiaco.

Arch. di Ortop., 31 dic. — U. CAMERA. Distacco epifisario traumatico ostetrico dell'estremità super. del femore.

Rev. de Méd., dic. — N. FIESSINGER e al. Disturbi nervosi nell'insuffic. epatica. — P. CHEVALLIER e J. BERNARD. I bubboni climatici.

Haematologica, VI. — V. BARONE. Mielosi aleucemica eosinofila. — P. PESCATORI. Patogenesi della eosinofilia.

Wien. Klin. Woch., 2 gen. — WAGNER-JAUREGG. Sull'eugenica.

Med. Welt, 3 gen. — P. MARTINI. Trattam. delle infezioni renali. — R. NOSSEN. Impiego della corrente ad alta frequenza in chirurgia operativa.

Münch. Med. Woch., 2 gen. — RÖSSLE. Import. dell'anamnesi pel patologo. — WAGNER-JAUREGG. Trattam. della paralisi g. con le infezioni.

Arch. It. di Chir., 6. — G. CECCARELLI. Rigenerazione della pelle e delle ossa. — F. GAVIOLI. Fibroma dello sciatico popliteo interno.

Journ. Méd. Franç., nov. — Numero sull'elettrocardiografia.

Indice alfabetico per materie.

V. ASCOLI †, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXVIII Roma, 25 Maggio 1931 - IX Num. 21

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI †

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

Clinica Pediatrica della R. Università di Roma.
Direttore: prof. LUIGI SPOLVERINI.

Contributo alla vaccinazione antidifterica con l'anatossina di Ramon.

Dott. MARIO FABERI, aiuto v.
e dott. GOLLUSCIO GIUSEPPE, specializzando (1).

La vaccinazione antidifterica è ormai nella sua fase di pratica realizzazione, poichè la scoperta dell'anatossina, fatta 6 anni or sono da Ramon, ha permesso di estenderne largamente l'uso a scopo profilattico.

Il pregio maggiore dell'anatossina è infatti quello della sua innocuità, che, congiunto all'altro dell'attività, rende la pratica vaccinale accessibile ad ogni medico.

L'indiscussa utilità del metodo risulta dalle numerose statistiche pubblicate dai vari autori, tra le quali noi citeremo solo alcune delle più recenti, che riportano i dati della morbilità per difterite tra i soggetti inoculati preventivamente.

Adams, vaccinando in Ontario 11.000 bambini, con sole due dosi di anatossina, ha constatato tra questi solamente 17 casi di difterite, pari all'1,5 ‰, mentre su 9000 soggetti di controllo, non vaccinati, i casi furono 103, pari all'11,44 ‰.

Johan e Tomsik, su 11.000 bambini vaccinati in Ungheria ha registrato una morbilità per difterite del 0,392 ‰, contrapposta al 3,85 dei non vaccinati.

Lereboullet e Gournay in Francia, dopo 17.000 vaccinazioni, ricercarono tra i malati del padiglione difterici nell'ospedale degli « enfants malades » la proporzione dei vaccinati, e non trovarono che 5 casi in bambini che avevano ricevuto 3 iniezioni, 10 in soggetti che ne avevano ricevute 2, e una quindicina in quelli che ne avevano ricevuta 1 sola.

Una commissione riunitasi nel marzo 1930 sotto gli auspici della « Société de Pédiatrie » radunò 82.000 vaccinazioni eseguite a Parigi

(1) Al dott. Golluscio spetta in parte l'esecuzione delle ricerche.

e negli ospedali, rilevando tra questi soggetti solo 50 casi di difterite, con la proporzione quindi di 1:1600.

Per fare risaltare il valore dell'anatossina di fronte agli altri metodi di vaccinazione possono poi opporsi alle suddette cifre quelle riportate dal Seligmann, riguardanti 88.000 bambini, inoculati a Berlino con i miscugli T.A. e T.A.F., dei quali ammalarono 360, con percentuale quindi di 1 caso di difterite su 420 vaccinati.

Secondo Friedmann (pure di Berlino), la morbilità nei vaccinati in tale maniera corrisponderebbe a metà dei non vaccinati.

Negli Stati Uniti d'America, e propriamente nello Stato di New York, ove la vaccinazione è stata effettuata nelle migliori condizioni, usando i miscugli tossina-antitossina, la morbilità dei vaccinati è uguale a 1/4 di quella dei non vaccinati (Park).

L'eloquenza delle cifre parla dunque per la superiorità del metodo di Ramon con l'anatossina, di fronte agli altri metodi basati sull'impiego di tossine variamente modificate o unite a dosi di anatossina.

Ancor più importante appare la questione della vaccinazione antidifterica nelle comunità chiuse, ove il controllo continuo del medico rende la pratica notevolmente più efficace.

Tra i resoconti a tal proposito pubblicati, citeremo quello di Mozer, il quale, iniziato nel 1925 la vaccinazione nell'ospedale marittimo di Berck, l'aveva recentemente estesa a 3000 soggetti tubercolosi, con forme esterne evolutive, senza mai lamentare inconveniente alcuno.

Ebbene, mentre nel 1924-1925 si erano dovuti lamentare 103 casi di difterite, con 8 morti, nel 1928-1929, nonostante il continuo arrivo di elementi di contagio, la morbilità si limitò a soli 5 bambini, su 1000 regolarmente vaccinati, tutti guariti poi rapidamente e senza complicazioni.

La deduzione logica che da ciò può trarsi, è che, praticando la vaccinazione sulla totalità dei bambini di una città o di una regione, con la stessa rigorosa tecnica di esecuzione e di controllo applicata nelle vaccinazioni di intere comunità, i risultati pratici della campagna profilattica sarebbero indubbiamente sempre più sicuri e manifesti.

Un punto capitale circa la vaccinazione antidifterica con l'anatossina è quello della durata dell'immunizzazione da essa conferita, poichè tale punto può rappresentare ancora uno dei vantaggi del metodo rispetto agli altri.

Quello che, per ora, si può dire in proposito è che le più recenti indagini hanno assodato il persistere dello stato immunitario nei vaccinati, controllato sulla reazione di Schick, ancora dopo 4 anni.

Il Ramon, passando in rassegna in un suo recentissimo lavoro l'attuale situazione della pratica vaccinale nei vari Stati d'Europa, per quanto riguarda l'Italia ricorda con compiacimento la circolare Ministeriale del Decembre 1929, secondo la quale è stata ufficialmente riconosciuta l'utilità dell'uso profilattico dell'anatossina.

L'A. non riporta tuttavia per l'Italia cifre, come fà per le altre nazioni, parlando solo di numerose prove già fatte, tendenti a dimostrare l'innocuità e l'efficacia del metodo.

Ci è quindi sembrato non del tutto superfluo portare un ulteriore contributo alla questione, anche per il fatto che l'anatossina da noi scelta per eseguire la vaccinazione è stata quella prodotta in Italia dall'Istituto Sieroterapico Milanese, secondo i dati fondamentali del Ramon.

Abbiamo voluto poi vaccinare parte dei soggetti per via sottocutanea e parte per via nasale, allo scopo di avere cifre di paragone sull'efficacia dei due metodi.

La vaccinazione è stata eseguita in due Istituti di Roma, appunto per aver la possibilità, come sopra si è detto, di esercitare un controllo rigoroso sulle varie fasi della pratica vaccinale.

Esporremo separatamente i resultati ottenuti nell'uno e nell'altro Istituto, confrontando poi le rispettive cifre con quelle riportate da altri ricercatori.

I. — Nell'Istituto dell'Assunta, detto di Tata Giovanni, sono stati prescelti 110 soggetti di età dai 6 ai 16 anni.

La reazione di Schick, praticata su questi con tossina fornita dall'I.S.M. dette i seguenti resultati:

Età	Num.	Schick +	Schick —	+ %	— %
6-8 anni	4	2	2	50	50
8-10 »	15	9	6	60	40
10 12 »	23	8	15	34.78	65.22
12-14 »	44	12	32	27.27	72.73
14-16 »	24	9	15	37.50	62.50
Totale	110	40	70	36.36	63.64

I 40 soggetti presentanti la Schick positiva furono sottoposti alla vaccinazione per mezzo dell'anatossina, egualmente fornita dall'I.S.M. secondo la tecnica indicata dalla casa produttrice. Si praticò cioè una prima iniezione di

1/2 cmc., una seconda di 1 cmc. dopo 3 settimane, ed una terza di 1 cmc. e 1/2 dopo 15 giorni.

Tutti indistintamente ricevettero 3 iniezioni.

Le reazioni locali osservate si limitarono a lievi arrossamenti e turgore sulla zona iniettata, a carattere del tutto fugace. Anche le reazioni generali furono minime, e rappresentate da modico malessere generale, talora con rialzo termico non superante i 37°,5 C. Solo in un caso si ebbe febbre a 38°, durata poche ore. Tutti i vaccinati poterono tornare il giorno dopo alle loro lezioni.

A distanza di 3 mesi dall'ultima vaccinazione fu eseguita una reazione di Schick di controllo, con la stessa tecnica usata la prima volta, e i resultati furono i seguenti:

Numero dei vaccinati con 3 iniezioni	Reazione di Schick dopo 3 mesi	
	+	—
40	8 = 20 %	32 = 80 %

Dal mese di Maggio a tutto il Decembre 1930 nessun caso di difterite, nemmeno sospetta, si è verificato tra i vaccinati.

II. — In un secondo Istituto (Istituto S. Giuseppe), che accoglie numero maggiore di bambini, e di età relativamente più bassa, si sono fatti 2 gruppi, sottoponendo il primo a vaccinazione per via sottocutanea, e il secondo per via nasale.

La reazione di Schick, praticata nel 1° gruppo di 223 soggetti dette i seguenti risultati:

Età	Num.	Schick +	Schick —	+ %	— %
2-4 anni	20	10	10	50	50
4-6 »	81	26	55	32.09	67.91
6-8 »	104	41	63	39.42	60.58
8-10 »	17	7	10	41.17	58.83
10-12 »	1	0	1	..	100
Totale	223	84	139	37.66	62.34

Per ragioni indipendenti dalla nostra volontà, solo in 76 soggetti di quelli a Schick positiva fu possibile praticare la vaccinazione, la quale fu condotta con le stesse norme cui si è accennato per il gruppo precedente, iniettando tutti indistintamente con le 3 dosi.

Il controllo della Schick fu ripetuto dopo 1 mese, e si ebbero i seguenti resultati:

Numero dei vaccinati con 3 iniezione	Reazione di Schick dopo 1 mese	
	+	—
76	13 = 17.10 %	63 = 82.90 %

Ripeteremo quanto abbiamo detto per il 1° gruppo, e cioè che le reazioni locali e generali furono insignificanti e fugaci, e che nessun caso di angina difterica fu constatato nei vaccinati.

III. — Nello stesso Istituto di S. Giuseppe abbiamo scelto un altro gruppo di bambini, dai 2 ai 10 anni, tutti con Schick positiva, comprendente 28 soggetti nei quali la vaccinazione è stata praticata per via nasale.

Si è a tale scopo usato l'anatossivaccino antidifterico per via nasale, dello stesso I.S.M., consistente in una anatossina glicerinata e concentrata nel vuoto, ridotta ad un terzo del suo volume primitivo.

Data l'innocuità dell'anatossina, non si praticò un dosaggio preciso, per il fatto che la natura stessa della via d'introduzione rende impossibile il calcolo esatto della quantità assorbita dalla mucosa.

In media sono però stati usati circa 0,55 cmc. di soluzione, polverizzandola in ambedue le narici, con un totale di 7 polverizzazioni per ogni soggetto, separate da un intervallo di 48 ore l'una dall'altra.

Dopo 40 giorni è stato eseguito il consueto controllo della Schick, col seguente risultato:

Numero dei vaccinati con 7 polverizzazioni	Reazione di Schick dopo 40 giorni	
	+	—
28	7 = 25 %	21 = 75 %

Volendo ora trarre delle conclusioni dalle cifre statistiche sopra riportate, risalta subito la differenza che corre tra queste e le altre riferite da vari autori.

È il Ramon per il primo, e cioè l'ideatore del metodo, il quale parla del 95-98 % di soggetti completamente immunizzati dopo le 3 iniezioni regolamentari, desumendo tale proporzione dalle numerose statistiche dei vari Stati ove l'anatossina fu usata per la vaccinazione.

Anche autori italiani riferiscono dati identici, e citeremo tra i più recenti Massi e Rossetti, i quali ebbero, analogamente, il 98 % di immunizzati dopo 3 iniezioni, eseguite però con anatossina genuina fornita dal Ramon.

Resta quindi a spiegare come viceversa nelle nostre esperienze non si riuscì a superare l'80-82,90 % di Schick-controllo negative, pur avendo impiegato una tecnica identica a quella dagli altri seguita.

La ricerca di tale spiegazione ci è stata facilitata dalla conoscenza di un lavoro recentissimo di A. Pagani Cesa, il quale, pratican-

do numerose vaccinazioni in comunità infantili di Padova, per mezzo della stessa anatossina dell'I.S.M. da noi impiegata, constatò, dopo 60 giorni dall'ultima iniezione, che solo il 76,40 % dei soggetti si mostrava perfettamente immunizzata.

Tali risultati, così concordanti coi nostri, ci fanno apparire verosimile l'ipotesi che il vaccino da noi usato, nelle dosi preparate dalla casa produttrice, sia tale da aumentare il numero dei soggetti nei quali le 3 iniezioni non siano sufficienti a conferire immunità completa.

Lo stesso Ramon ammette infatti che non sia il caso di parlare di soggetti refrattari all'immunizzazione, perchè, secondo le esperienze di L. Martin, Loiseau e Laffaille, M. e G. Mozer, una quarta iniezione sarebbe capace di assicurare l'immunità anche a tali soggetti.

Nella pratica corrente, tuttavia, il prolungare troppo la vaccinazione, sottoponendo il bambino a 4 iniezioni, rappresenterebbe un inconveniente notevole.

È per tale ragione che il Ramon dichiara di avere insistito a differenti riprese sulla necessità d'impiegare sempre dei campioni di anatossina di potere antigeno intrinseco abbastanza elevato.

Lo stesso A. comunica anche di aver ottenuto una tossina molto attiva, per mezzo di brodo a base di macerazione non fermentata e addizionato a minime proporzioni di glucosio, sì da poter produrre in secondo tempo una anatossina capace di immunizzare il 100 per 100 dei vaccinati, come vanno dimostrando le esperienze ancora in corso.

Quello che tuttavia ci sembra doveroso riconoscere, è che con l'anatossivaccino da noi impiegato le reazioni di carattere locale e generale appaiono assolutamente trascurabili, tanto da poterne riconfermare l'innocuità più perfetta.

Venendo ora a considerare la vaccinazione per via nasale, entriamo in un campo di maggiore discordia di vedute, perchè accanto ad autori che se ne dichiarano soddisfatti, altri ne troviamo che riportano dati meno convincenti.

Lo stesso Ramon, pur ammettendo che si possa per tale via ottenere l'immunizzazione, sostiene la superiorità del metodo ipodermico su quello nasale, il quale, a suo dire, non sarebbe nè pratico, nè economico, nè sicuro.

L'A. appaia anzi quest'ultimo all'altro proposto da Löwenstein per mezzo di una pomata da applicarsi esternamente per unzioni, e capace di rendere la Schick negativa solamente nel 60-70 % dei soggetti.

Lesné, Marquezy, Lemaire e Monmignant, invece, dichiararono di avere ottenuto il 98 % di risultati vaccinali positivi.

Tra gli autori italiani troviamo egualmente dei fautori, quali il Bocchini, che ebbe l'84,84 %; il Perfetti, con l'80-90 %; il Segre, con l'87 %; ed altri più riservati nel loro giudizio, come ad esempio il Ferri, il quale, variando la tecnica in modalità diverse, non riuscì ad ottenere con le polverizzazioni più del 54,5 %.

Le nostre cifre, per il gruppo delle rinovaccinazioni, dànno il 75 % di immunizzati, non inferiori quindi di molto a quelle dei gruppi sottoposti a vaccinazione per via ipodermica.

Ed anche qui troviamo una discreta concordanza con i risultati del Pagani Cesa, il quale, usando lo stesso vaccino e la stessa tecnica, ebbe, dopo 60 giorni, l'85 % di Schick negative.

Quello che in linea di massima si può dire, è che i piccoli bambini si assoggettano più facilmente alla polverizzazione che alla iniezione, non dimostrando poi di risentire il benchè minimo disturbo dall'introduzione dell'anatossina per la via delle narici.

Concluderemo tuttavia dichiarando, insieme al Ferri, come sia ancora prematuro dare un giudizio definitivo sulla rinoanatossivaccinazione, la quale, al contrario di quanto deve dirsi per l'ipodermovaccinazione, non è per ora basata che su poche centinaia di applicazioni.

RIASSUNTO.

Gli AA. riferiscono i risultati da loro constatati praticando la vaccinazione antidifterica in gruppi di bambini raccolti in comunità, in parte dei quali fu usata la via ipodermica e in parte la via nasale.

Tali risultati vengono confrontati con quelli della letteratura più recente.

BIBLIOGRAFIA.

RAMON. Ann. Inst. Past., XLV, settembre 1930.
ADAMS. The Pub. Health Journ., febbraio 1928.
JOHAN e TOMSIK. Rif. in RAMON (v. s.).
LEREBOULLET et GOURNAY. Soc. Péd., 19 nov. 1929.
SELIGMANN. Deut. Med. Woch., 55, n. 27, 1929.
FRIEDMANN. Jahresk. f. ärtzl. Fortbild., 10 ottobre 1928.
PARK. J. A. M. A., LXXIX, 1922.
MOZER M. e G. Bull. Soc. Med. Hôp., 42-44, 1928, e Presse Méd., 1929, n. 95.
MASSI e ROSSETTI. Boll. Soc. Med. Chir. Bresciana, n. 3, 1930.
PAGANI CESA. *Terapia*, ottobre 1930.
LESNÉ, MARQUEZY, LEMAIRE, MONMIGNANT. Compt. Rend. Soc. Biol., 15, 1927.
BOCCHINI. *Pediatria*, 16, 1928.
PERFETTI. Boll. Ist. Sier. Mil., IV, 1929.
SEGRE. Minerva Medica, novembre 1930.
FERRI. Policlinico, Sez. Medica, n. 11, 1929.
FABERI, Policlinico, Sez. Pratica, 1929.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

La peritonite biliare con integrità apparente delle vie biliari.

(Contributo clinico)

Dott. LEONARDO TIBERIO - Casalbordino (Chieti).

La casistica sulle cosidette peritoniti biliari senza perforazione evidente va, oramai, arricchendosi. Tuttavia, il problema etio-patogenetico di un quadro morboso, di tanta importanza per la vita del malato, persiste insoluto.

Ho creduto non sgradito al lettore far conoscere le difficoltà enormi tuttora esistenti per una diagnosi giusta pre-operatoria e gli esiti della cura chirurgica, piuttosto semplice usata nel mio caso, ch'è il seguente:

B. Clorinda, di anni 33, da Villalfonsina, casalinga, maritata. Nulla d'importante nel gentilizio. Nulla nell'infanzia. Mestruata regolarmente a 12 anni: mestruazioni sempre normali per ritmo, qualità e quantità. A 16 anni: infezione tifoide. A 24 anni sposò un uomo sano: ebbe 3 figli, viventi e sani. Mai aborti; 2 anni fa: tonsillite acuta follicolare da me curata e guarita subito. La p., di cui sono medico di casa da oltre 5 anni, ha sempre mostrato i segni di una neurastenia accentuata.

Nei primi di dicembre 1929 cominciò ad accusare dei disturbi consistenti in dolore, ora localizzato all'epigastrio, ora diffuso a tutto l'addome superiore, ora insorgente sull'ipocondrio destro e irradiantesi al dorso, a carattere accessionale, senza evidente rapporto con i pasti, accompagnato spesso da vomito, mai da febbre. Osservando ripetutamente la p., sia nei periodi di crisi dolorose come negl'intervalli tra queste, non potei venire mai a una logica conclusione diagnostica. L'esame obbiettivo, difatto, negativo per gli organi del torace, non mise mai in evidenza alcuna lesione sicuramente organica dell'addome: il punto colecistico ora si presentava dolente alla pressione ed ora no; le stesse oscillazioni nella pressione dei punti epigastrici; quasi mai dolente il punto appendicolare. Il fegato e la milza non si palparono mai. L'esame ginecologico fu anch'esso negativo. Le urine, ripetutamente osservate, sempre normali. Contribuiva, poi, a rendere più arduo il problema diagnostico la base neurastenica della malata. Consigliai, allora, l'esame radiologico del tubo digerente e delle vie biliari, che fu eseguito dal radiologo dott. Muzii di Pescara, con risultato negativo per qualsiasi lesione organica endo-addominale.

Nella notte dal 25 al 26 gennaio u. s., fui chiamato d'urgenza in casa della paziente. Questa era in preda a forti dolori addominali con frequenti conati di vomito; era irrequieta ed agitata. L'esame obiettivo, reso oltremodo difficile dallo stato d'irrequietezza motoria della p., non metteva in evidenza speciali punti dolenti nell'addome, il quale era leggermente intrattabile, non meteorico e senza alcuna alterazione alla percussione. Non febbre. Polso 80. La mattina del 26 gennaio la sindrome addominale persisteva. Il dolore era riferito dalla paziente a tutto l'addome. Viceversa la palpazione e la pressione risvegliavano dolore soltanto nei quadranti superiori. Indolenti perfettamente i punti di Mac-Burney e di Lanz. Non Rowsing. Il polso si manteneva a 80. Nel pomeriggio rivedo la p. e trovo il P. a 130 battute, piccolo, depressibile, con t. 38°, forte difesa addominale, specie nei quadranti superiori. Malgrado le precedenti indagini radiologiche negative, la diagnosi di peritonite acuta da perforazione s'imponeva e consigliai ai famigliari della p. il rapido ricovero in ospedale e l'intervento d'urgenza per salvare la malata.

L'operazione venne eseguita nell'ospedale civile di Pescara, dal chirurgo dott. Pierangelì, da me assistito, nelle ore 3 del mattino del 27 gennaio 1929, a distanza, cioè, di circa 27 ore dall'inizio della sindrome peritoneale.

Atto operativo: eterenarcosi regolare (da notare che, prima che questa si inizi, la parete addominale della p. trovasi in contrattura diffusa, più accentuata nei quadranti superiori. Prima che la narcosi diventi completa, la contrattura è localizzata esclusivamente sulla metà superiore del retto di d.). Incisione pararettale d. Aperto l'addome, fuoriesce del liquido verdastro, inodore, in abbondanza. Peritoneo parietale e viscerale congesti. Nulla a carico dell'appendice e delle ultime anse del tenue. Toletta del peritoneo.

Dall'estremità superiore dell'incisione (margine sottocostale) si esegue un taglio a baionetta, come per gl'interventi sul fegato. Si esplorano il duodeno e lo stomaco, che sono normali. La vescicola biliare è tumefatta, tesa, fortemente congesta, coperta qua e là di chiazze di fibrina e continuamente umettata di liquido nettamente bilioso. Cercando di spremerla, non si riesce a trovare delle perforazioni evidenti. L'esplorazione del coledoco è negativa. Aspirato, con una siringa comune, il contenuto della cistifellea, si estrae bile torbida e, a vescichetta vuotata, non si palpano calcoli. Il fegato è aumentato leggermente di volume, con glissoniana opacata e ispessita.

Al disotto della cistifellea si pongono delle lunghette di garza e al disotto di queste si fa scivolare un lembo di epiploon. Nella parte inferiore della ferita laparotomica si piazzano due drenaggi di gomma, le cui estremità pescano nel Douglas. Sutura parziale della parete. Appena dopo l'intervento si iniettano, per via endovenosa 75 cmc. di coliserum Behring.

Decorso post-operatorio normale. I drenaggi tubulari del Douglas vengono ritirati in terza giornata, in ottava giornata le lunghette di garza, che vengono successivamente rinnovate.

A distanza di quaranta giorni la p. è completamente guarita e, attualmente, a distanza di circa nove mesi, gode buona salute.

Quale è l'etiologia e quale la patogenesi di tale quadro morboso acuto?

Le osservazioni e i contributi sperimentali che parecchi autori, in questi ultimi anni, hanno portato, sono tutt'altro che concordi, e tuttavia interessanti. Da una rapida sintesi, 3 interpretazioni si contendono il campo: la prima, e la meno accettata, dice, in modo piuttosto semplicistico, che una stasi biliare qualsiasi possa portare a una transudazione

di liquido biliare o attraverso vasi biliari extra-epatici e loro diverticoli, o attraverso le pareti della cistifellea o, infine, attraverso vasi aberranti della superficie epatica in istato varicoso (Grynfelt). La seconda è quella che pone come base della costituzione del coleperitoneo, oltre il semplice fatto della stasi biliare, l'intervento imprescindibile di fattori traumatici o infettivi (il coli è stato isolato dal liquido biliare del peritoneo in parecchi casi) che provochino alterazioni microscopiche delle pareti dei canali biliari, da cui poi lo spandimento biliare nella grande sierosa (Wolf, Doberauer, Urbani). La terza interpretazione, e secondo me la più suggestiva, riferisce la permeabilità delle pareti sia dei canali biliari extra-epatici che della cistifellea, e specie di quest'ultima, a un'azione chimico-digestiva spiegata da succo pancreatico refluito, per un meccanismo ancora oscuro, nelle vie biliari. In un caso, riferito dal Rüppanner, l'esame chimico della bile, prelevata per puntura della vescicola nel corso dell'intervento, rivelò presenza in quella di tripsina e amilasi. In un altro, dell'Urbani, quale reperto operatorio, furono trovate chiazze di steatonecrosi nel grasso mesenteriale, malgrado l'integrità del pancreas. Non contrasta con tale ipotesi il reperto di bile infetta qualche volta riscontrato, per il fatto che l'inquinamento batterico del liquido biliare può avvenire secondariamente per passaggio di germi da organi a contenuto settico che il peritoneo riveste.

*
* *

Lo studio del mio caso vuole, inoltre, porre 2 rilievi, d'ordine semeiologico l'uno e tecnico l'altro, scaturiti dalla ricca esperienza del chirurgo dott. Pierangeli. Il primo rilievo, atto a facilitare un po' la diagnosi preoperatoria di sede e che va riferito alle peritoniti acute secondarie in genere, riguarda il seguente segno: prima che la narcosi si inizii esiste contrattura per lo più diffusa di tutta la parete addominale, prima che la narcosi diventi completa la contrattura è localizzata esclusivamente al disopra del focolaio, da cui la flogosi peritoneale diffusa prende origine. Questo sintoma acquista una importanza grande dal lato chirurgico, perchè il chirurgo già sa, con presunzione di certezza, dove dirigere l'esplorazione evitando dannose manipolazioni endoaddominali. Nel mio caso si notò una contrattura della metà superiore del retto di destra.

Il secondo rilievo, d'indole tecnica, induce a usare, nelle peritoniti acute con sospetto di perforazione, il taglio pararettale D. (che permette l'esplorazione delle ultime anse del tenue e dell'appendice) completato da un prolungamento a baionetta dell'estremità superiore dell'incisione (in prossimità del bordo sottocostale), come per gl'interventi sul fegato (ciò che permette di esplorare il fegato, il duodeno e lo stomaco).

Il predominio dell'addome D. nel determinismo delle sindromi peritoneali acute giustifica tale accorgimento di tecnica.

RIASSUNTO.

L'A. illustra un caso di peritonite biliare acuta senza perforazione, caduto sotto la propria osservazione, operato e guarito. Passa in rassegna le varie interpretazioni etio-patogenetiche intorno a tale processo morboso, ancora oscuro, e suggerisce due accorgimenti: l'uno semeiologico e l'altro tecnico da usarsi nelle peritoniti acute in genere.

BIBLIOGRAFIA.

F. WOLF. *Contributo allo studio della peritonite biliare senza perforazione delle vie biliari.* Berliner Klinische Wochenschrift, vol. XLIX, 1912, pag. 2354.
G. DOBERAUER. *Su la peritonite biliare senza perforazione delle vie biliari.* Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie, vol. 24, 1912, pag. 305.
C. RITTER. *Peritonite biliare senza perforazione.* Archiv für klinische Chirurgie, vol. 118°, 1921, pag. 54.
H. BURCKHARDT. *Della peritonite biliare senza perforazione.* Beiträge zur klinischen Chirurgie, vol. 128°, 1923, pag. 209.
S. MARINACCI. *Coleperitoneo con integrità apparente delle vie biliari.* Policlinico, Sez. pratica, 1925, pag. 1422.
L. URBANI. *Le colecistiti filtranti (Peritonite biliare senza perforazione).* Ibid., 1928, pag. 2549.
RÜPPANNER. *Peritonite biliare senza perforazione visibile.* Schweizerische medizinische Wochenschrift, vol. 58°, 1928.

L'ATTUALITÀ MEDICA

Istituto di Patologia Speciale Medica
della R. Università di Roma

Moderne vedute sulla terapia del morbo di Addison

per il dott. Vittorio Serra, assistente.

Sono passati quasi cinquant'anni da quando Addison descrisse per il primo « le conseguenze del morbo dei corpi surrenali », e sino ad oggi il problema della cura di codesta malattia mortale non è stato ancora risolto.

Seguendo quel criterio di terapia sostitutiva che la conoscenza della fisiopatologia surrenale logicamente suggeriva, si credette dapprima di aver trovato nell'adrenalina l'elemento capace di compensare integralmente il deficit della funzione capsulare.

La manifestazione più tipica e più efficace di questo indirizzo terapeutico è stato raggiunto dalla cosidetta « cura di Muirhead »; quando il farmacologo di Creighton pubblicò nel 1921 « una storia autobiografica di morbo di Addison », dimostrando quanto giovamento egli stesso, classico addisoniano, avesse ritratto dalla somministrazione generosissima di adrenalina per via ipodermica, per via rettale e per os, sembrò veramente che si fosse conquistata una grande e definitiva vittoria terapeutica.

Ma un anno dopo, come è noto, il Muirhead moriva con tutti i sintomi della insufficienza surrenale e toccava al Rowntree il triste compito di calmare, col suo articolo « Successivo decorso di un caso di morbo di Addison » tante eccessive speranze.

Tuttavia le diligenti e coraggiose ricerche del Muirhead non furono inutili e la sua cura è tuttora applicata con notevole, seppur non decisivo, vantaggio nelle forme croniche d'insufficienza surrenale; cosicchè sino ad oggi, l'adrenalina ha rappresentato il rimedio principale degli Addisoniani.

Rimedio incompleto, però, giacchè l'impiego di questa sostanza, se allevia transitoriamente i sintomi della insufficienza capsulare e può prolungarne il decorso, non riesce tuttavia a trasformarlo radicalmente nè ad impedirne l'esito fatale.

Ma, col passar degli anni e col progredire degli studii, le nostre conoscenze sul significato delle varie parti costitutive della capsula surrenale hanno subìto una modificazione profonda ed oggi si è d'accordo nell'ammettere che non il midollo, bensì la corteccia sia indispensabile alla vita, la sua atrofia essendo da sola capace di determinare casi mortali di morbo di Addison, come molti Autori hanno esaurientemente dimostrato.

La medicina sperimentale ha ripreso allora, su questa nuova via, i suoi tentativi di terapia sostitutiva, giungendo a risultati concreti, alcuni dei quali sono già stati vagliati all'applicazione pratica con un successo che, per alcuni di essi, ha del miracoloso.

Il mio Direttore ha perciò creduto che potesse riuscire utile ed interessante per quei medici che non hanno dimestichezza con la letteratura medica Americana di conoscere sin da adesso, e più da vicino, queste moderne ricerche, che portano una luce nuova nel campo della terapia della malattia di Addison ed il cui sviluppo sembra giustificare le migliori speranze; ed a questo scopo mi ha incaricato di redigere codesta comunicazione.

È noto che gli animali sottoposti all'ablazione bilaterale delle capsule surrenali muoiono dopo pochi giorni, con tutti i segni caratteristici dell'insufficienza surrenale.

Le ricerche di numerosi Autori, da Biedl a Swingle, hanno dimostrato che la morte in queste condizioni è dovuta alla perdita della corteccia e non ha nulla a che fare con l'ablazione del midollo, della parte cioè che contiene l'adrenalina; questa, infatti, si dimostra assolutamente incapace di modificare l'evoluzione dei fenomeni d'insufficienza surrenale.

Hartman, Brownel, Dean e Mac Arthur, nel 1928, hanno ottenuto dalla pars corticalis della capsula surrenale del bue un estratto acquoso, capace di mantenere in vita, per qualche tempo, animali surrenalectomizzati bilateralmente.

Nel 1929 Rogoff e Stewart hanno anch'essi estratto dalla corteccia surrenale della pecora e del bue una sostanza che ha dimostrato una azione analoga ed anche superiore a quella di Hartman e dei suoi collaboratori; essi la chiamarono « interrenalin ».

Nel 1930, infine Swingle e Pfiffner, della Sezione di Biologia dell'Università di Princeton (S. U. A.) sono riusciti, dopo lunghi anni di tentativi e di ricerche, ad estrarre dalla corteccia della capsula surrenale del bue un preparato di straordinaria efficacia, di cui desidero appunto occuparmi in modo particolare.

Attraverso una serie di riprove e di perfezionamenti tecnici codesti Autori sono giunti dapprima ad un estratto lipoideo che mal si prestava per le ricerche ripetute o per applicazioni in serie, poichè era mal tollerato, provocava la formazione di ascessi ecc.; poi, ad un estratto acquoso di grande potenza e perfettamente tollerato dagli animali di laboratorio.

La tecnica di estrazione, riassunta per sommi capi, è la seguente: le glandole surrenali del bue, messe in ghiaccio, sono ricevute entro le prime 24 ore dalla morte dell'animale, e la corteccia è subito liberata dal grasso e

dalla porzione midollare. Si procede quindi all'estrazione del tessuto corticale con alcool etilico prima al 95 % e poi all'80 % successivamente, per 3-4 giorni, a temperatura ambiente. Le sostanze estrattive si concentrano in vacuo parziale ed il residuo è estratto con benzene, poi trattato con etere di petrolio ed alcool etilico a 70 %.

Viene poi aggiunta acqua distillata sino al volume desiderato; si chiarifica e si filtra.

La diluizione, variabile a piacere, è stata graduata dagli Autori in modo che ogni centimetro cubico corrispondesse a 30 gr. di tessuto fresco; il suo contenuto solido è di 5-10 milligrammi per cc.

Swingle e Pfiffner hanno chiamato la sostanza così ottenuta « ormone corticale » in attesa di una conoscenza precisa della natura chimica e dell'azione fisiologica dei principii attivi in essa racchiusi.

Tuttavia questo estratto acqueo conteneva ancora dell'adrenalina (0,17-0,47 % mmgr. per cc.) il che da un lato turbava la interpretazione della sua azione e dall'altro rendeva l'estratto stesso inutilizzabile per l'uso endovenoso e intraperitoneale.

Utilizzando la tecnica suggerita da Wlitehorn (uso del Permutit che è capace di liberare una sostanza dal suo contenuto in adrenalina) gli Autori hanno finalmente ottenuto degli estratti acquosi di corteccia che, per essere stati trattati una (estratti A) o due volte (estratti B) con Permutit avevano perso, praticamente, tutto il loro contenuto in adrenalina.

Con questo estratto sono state poi praticate delle ricerche sperimentali molto interessanti. Dato che, allo stato presente delle nostre conoscenze, il significato funzionale della corteccia surrenale è ancora vago ed incerto, l'unico criterio apprezzabile per calcolare l'attività delle sostanze estrattive è quello di osservare gli effetti che esse esplicano sulla durata in vita degli animali sottoposti a surrenalectomia bilaterale; criterio difficile, che richiede tempo e sforzi, ma che, ad ogni modo, rappresenta un indice diretto della loro effettiva potenza.

Swingle e Pfiffner hanno sottoposto alla asportazione di entrambe le capsule surrenali, alla distanza di una settimana l'una dall'altra, cani e gatti, mantenendoli poi nello stesso ambiente, con lo stesso cibo ed alla stessa temperatura; gli animali non trattati hanno vissuto in media dai 4 ai 14 giorni, quelli trattati con l'estratto corticale invece (alla dose di 0,5-1 cc. per Kg. di peso al giorno) da 40 a 50 giorni, durante i quali si mostravano perfettamente normali, ed in tutto identici agli animali non operati; alcuni anzi crebbero di peso.

Molti animali furono volontariamente sacrificati al 50° giorno, nel dubbio che esistesse del tessuto surrenale accessorio; esso però non fu trovato mai.

Infine gli Autori hanno voluto sperimentare la potenza curativa del loro estratto somministrandolo per via endovenosa in animali che, per essere stati sottoposti a surrenalectomia bilaterale, erano giunti ad un grado estremo d'insufficienza surrenale; entro settantadue ore, questi animali sono tornati dal loro stato comatoso a condizioni di vita così normali « che non sarebbe stato possibile distinguerli da animali non operati ». Questo magico risultato è stato ripetutamente ottenuto negli stessi animali, sospendendo e riprendendo alternativamente la somministrazione dell'estratto.

La quantità di adrenalina contenuta in questi preparati era così scarsa che era lecito pensare che essa non avesse alcuna parte nell'azione esplicata dagli estratti.

Fin qui le ricerche sperimentali; ma gli estratti corticali sono stati provati anche in pratica, ottenendo — a giudicare dalle prime documentazioni cliniche — un risultato degno della massima attenzione.

Hartmann e i suoi collaboratori hanno somministrato alte dosi del loro preparato (100 e più cc. al giorno) con qualche successo; Rogoff e Stewart, nel 1929 hanno riferito di sette casi di morbo di Addison, cui era stato dato, non sappiamo a che dosi, la loro « interrenalina » per lungo periodo di tempo; in tutti i casi, ed in uno specialmente, fu osservato un miglioramento lento e progressivo delle forze, un'attenuazione graduale dei disturbi a carico dell'apparato digerente, e un risalir lieve della pressione sanguigna.

Ma più rapida, più efficace e più convincente appare l'azione degli estratti dei fisiologi di Princeton; nel maggio 1930 il Rowntree, l'illustre endocrinologo della Clinica Mayo a Rochester, disperando ormai di salvare un Addisoniano, già curato con generose somministrazioni di adrenalina (Muirhead) e che allora si trovava in uno stadio acuto di insufficienza surrenale, telegrafò a Princeton, chiedendo l'invio immediato di « ormone corticale »; questo fu mandato in aeroplano, e giunse in tempo a capovolgere in trentasei ore la situazione, facendo scomparire l'astenia gravissima, la nausea ed il vomito, ritornare le forze ecc.; data la piccola quantità dell'estratto inviato, non fu possibile continuare a lungo la cura, e venne allora ripresa quella di Muirhead che aveva però fallito dinnanzi alla crisi acuta; questo stesso malato venne poi trattato altre volte, in corrispondenza con periodi di riacutizzazione, con l'estratto di Swingle e Pfiffner, ritraendone sempre vantaggio netto e immediato.

Da allora Rowntree e Greene hanno avuto occasione di applicare in altri sei casi lo stesso trattamento, e ogni volta l'uso dell'estratto corticale determinò la scomparsa della nau-

sea, del vomito e della diarrea, e il passaggio rapido dal senso tipico di astenia e di apatia ad uno stato di euforia e di benessere, per cui i malati dicevano di sentirsi forti, vivaci, « full of pep ».

La posologia seguita dai Clinici di Rochester è di 10-20 cc. al giorno; ma anche dosi complessive di 20 cc. sono state somministrate in una sol volta, senza alcun disturbo.

Tutti questi risultati, per quanto di sommo interesse, non possono e non debbono considerarsi decisivi, anzitutto perchè si tratta di casi ancor troppo recenti, e poi perchè le difficoltà incontrate (anche dal nostro Istituto) per ottenere adeguate dosi dell'estratto, hanno sinora necessariamente limitato l'esperienza terapeutica a periodi brevi e discontinui di cura.

Noi non sappiamo, perciò, quali siano tutte le proprietà e le capacità dell'estratto; noi non sappiamo, in altre parole, quale possa essere l'effetto di una sua somministrazione regolare e prolungata, e se veramente essa sia capace di riportare per sempre l'Addisoniano in condizioni di perfetta sufficienza surrenale.

Se le trattative, attualmente in corso presso il Consiglio di Farmacia e Chimica dell'Associazione Medica Americana, avranno buon esito, il prodotto sarà messo in commercio e allora saranno possibili più larghe esperienze.

Intanto si può dire con certezza che l'estrazione di una sostanza attiva dalla corteccia surrenale, ad alto e pronto valore curativo, rappresenta un progresso terapeutico di altissimo interesse; se le esperienze successive confermeranno questi primi risultati, il morbo di Addison avrà cessato di essere una malattia fatalmente mortale (1).

Roma, 25 aprile 1931-IX.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce sulle moderne ricerche sperimentali e cliniche di alcuni AA. Americani, destinate a curare radicalmente il m. di Addison con l'uso di estratti della corteccia surrenale.

LETTERATURA.

(La letteratura è strettamente limitata ai lavori Americani più recenti).

HARTMAN, BROWNELL, HARTMAN W., DEAN e MAC ARTHUR. *The Hormone of Adrenal Cortex*. Amer. Journ. Physiol., 86, 1928.

HARTMAN e BROWNELL. *The Hormone of the Adrenal Cortex*. Science, 72, 1930.

MUIRHEAD. *An Autograph History of a case of Addison's disease*. Journ. Americ. Medic. Assoc., 76, 1921.

ROGOFF e STEWART. *Studies on Adrenal Insufficiency in Dogs. VIII. The survival Period on adrenalectomized Dogs*. Amer. Journ. Phys., 88, 1929.

ID. ID. *Suprarenal Cortical Extracts in Suprarenal Insufficency*. Journ. Amer. Medic. Assoc., 92, 1929.

ROWNTREE. *Subsequent Course of a Case of Addison's Disease*. Ibid., 79, 1922.

ROWNTREE e GREENE. *The Treatment of Patients with Addison's Disease with the « Cortical Hormone » of Swingle and Pfiffner*. Science, 72, 1930.

ROWNTREE, GREENE, SWINGLE e PFIFFNER. *Addison's Disease. Experience in Treatment with various Suprarenal Preparations*. Journ. Amer. Medic. Assoc., 96, 1931.

SWINGLE e PFIFFNER. *An aqueous Extract of the Suprarenal Cortex which maintains the Life of Bilaterally Adrenalectomized Cats*. Science, 71, 1930.

ID. ID. *Forther observations on adrenalectomized Cats treated whith an aqueous Extract of the Suprarenal Cortex*. Ibid., 71, 1930.

ID. ID. *Studies on Adrenal Cortex. I) The Effect of a lipoid Fraction upon the Life-span of Adrenalectomized Cats*. Amer. Journ. of Phys., 96, 1931.

ID. ID. *Studies on Adrenal Cortex. II) An aqueous Extract of the Adrenal Cortex which maintains the Life of Bilaterally Adrenalectomized Cats*. Ibid., 96, 1931.

ID. ID. *Studies on Adrenal Cortex. III) The Revival of Cats prostrate from Adrenal Insufficiency with an aqueous Extract of Adrenal Cortex*. Ibid., 96, 1931.

(1) Durante la correzione delle bozze di stampa siamo venuti a conoscenza di un importante articolo del prof. E. Levi su questo stesso argomento (*Fisiologia e Medicina*, 4-1-1931); in esso l'Autore rileva l'importanza di codeste ricerche e si propone di diffonderne — e tanto più autorevolmente di noi — la conoscenza tra i medici; i brillanti risultati ottenuti da Ball e da Greene sono una ulteriore conferma della reale efficacia degli estratti corticali nella cura del m. di Addison.

TRIBUNA LIBERA

Su un nuovo metodo di amputazione della coscia e del braccio.

Riceviamo:

Firenze, 2 maggio 1931.

Ill.mo Signor Direttore,

M'affido alla sua cortesia perchè, in omaggio alla verità dei fatti, voglia pubblicare nel suo pregiato giornale quanto segue:

« Dopo aver letto con grande interesse la nota del dott. Lazzeroni nel n. 10 del *Policlinico*, Sezione Pratica, corr. anno, « su un nuovo metodo di amputazione della coscia e del braccio », ho dovuto constatare com'egli abbia involontariamente dimenticato di segnalare nella sua succinta esposizione come tale metodo sia stato concepito e più volte praticato fin dall'aprile 1924 dal prof. Teodoro Stori, Chirurgo Primario del R. Arcispedale di S. Maria Nuova in Firenze, proprio nel periodo in cui il dott. Lazzeroni prestava servizio come assistente ed il sottoscritto come aiuto nella Sezione chirurgica.

La nota sopracitata espone per sommi capi, ma con assoluta esattezza, la successione dei tempi dell'amputazione, secondo il metodo di Stori. Di nuovo contiene il particolare di segnare sulla cute dell'arto col nitrato di argento il livello della sezione ossea e quello delle parti molli ed anche l'applicazione del tubo di drenaggio nella ferita longitudinale piuttosto che in quella del moncone.

È evidente come tali dettagli non possano infirmare la sostanza della originalità del metodo ed io son certo che il dott. Lazzeroni per l'affetto e la devozione sempre dimostrati verso il Maestro, mi sarà grato di questa doverosa rettifica.

Voglia, signor direttore, gradire i miei ringraziamenti ed ossequi

dev.mo Dott. MARIO GALLINARO.

SUNTI E RASSEGNE.

ORGANI DIGERENTI.

Le infiammazioni degli organi della digestione, come problema patogenetico.

(LÖWEMBERG. *Med. Klin.*, n. 11, 1931).

L'A. ricorda che lo stomaco e le parti alte dell'intestino tenue sono povere, o addirittura prive di germi, in contrasto con le parti più basse: anche nella cistifellea e nel pancreas la flora è scarsa o assente.

Nella gastrite anacida alcuni AA. hanno trovato colibacilli e streptococchi; ma la maggioranza è concorde nell'affermare che tali germi sono rarissimi, e, d'altra parte, si sa che anche i prodotti tossici della decomposizione delle albumine, giunti per via ematica, possono determinare una gastrite.

Nelle infiammazioni dell'intestino tenue predominano colibacilli ed enterococchi: van der Reis, in due casi di settico-tossiemia enterogena, ha trovato degli streptococchi emolitici.

Nell'ittero catarrale vigeva, sin dai tempi di Naunynn il concetto che si trattasse di un'infezione enterogena da colibacillo; studi moderni hanno dimostrato che il duodeno presenta in questi casi la sua solita scarsità di batteri, confermando così la teoria « epatogena » di questi itteri.

Nelle malattie delle vie biliari, il reperto batteriologico è dominato dal colibacillo « il gran parassita »; la sua azione patogena è favorita dalla stasi della bile; ma grande importanza va pure data al gruppo del tifo, che giunge per via ematogena, discendente.

La presenza di streptococchi, che si riteneva eccezionale, va oggi considerata assai frequente: è merito del Mayer aver dimostrato ripetutamente l'esistenza di enterococchi nella bile.

I reperti batteriologici ottenuti col sondaggio duodenale si accordano perfettamente con quelli ottenuti direttamente nelle operazioni: colibacilli e streptococchi dominano, e, accanto a loro, in quantità minore, si possono trovare bacilli di Friedländer e dell'influenza.

Nelle pancreatiti si ha in genere lo stesso reperto delle colecistiti, dato l'intimo rapporto tra le due infezioni a meno che non si tratti di forme purulente, ed allora si trovano streptococchi piogeni giunti per via ematica.

Una grande quantità di batteri — compresi gli anaerobii — si trova nell'appendicite: Aschoff vi ha trovato dei diplococchi, e, recentemente, sono stati osservati e streptococchi piogeni e bac. della difterite.

K. Meyer, in numerose ricerche, ha però isolato, quasi sempre, degli enterococchi, o streptococchi intestinali; per quanto riguarda gli anaerobii, essi sono stati trovati in tutti i casi

di appendicite grave e di peritonite d'origine intestinale.

Anche per la patogenesi della colite è stata data importanza a tutta la flora in complesso, e agli enterococchi in particolare.

Concludendo, perciò, noi veniamo a incontrare sempre 4 gruppi di batteri; il tifo-colico, lo streptococcico, lo stafilococcico e l'anaerobio: di questi gruppi, il primo e l'ultimo hanno un'importanza dominante: in quanto agli enterococchi, si è riusciti a differenziarli nettamente dagli altri streptococchi, e va loro attribuito un certo significato patogenetico nelle malattie delle vie biliari e del sistema urogenitale: in questi ultimi tempi sono stati descritti casi di sepsi enterococcica, e sono stati trovati enterococchi nel sangue, in casi di poliartrite e di endocardite: tutto questo conferma definitivamente il loro potere patogeno.

Con ciò non si toglie valore alle infezioni strepto-stafilococciche, che conservano tutto il loro significato quando si tratti di un'infezione ematogena discendente.

La teoria di Rosenow sull'esistenza di streptococchi specifici come agenti di colecistite, appendicite ecc. è assai interessante, ma necessitano ulteriori ricerche.

Questi dati di fatto sono stati usati dalla clinica a scopo terapeutico; e Weinberg ha l'uso di iniettare, nei casi di appendicite grave, prima e dopo l'operazione, sieri polivalenti di anaerobii, colibacilli ed enterococchi.

Inoltre queste nuove conoscenze batteriologiche ci aprono la via alla migliore comprensione di molte associazioni morbose addominali, come la gastrite anacida, la colite, l'appendicite cronica ecc.: un anormale mutamento della flora duodenale può significare il primo tempo di una infezione che, risalendo, colpisce il pancreas o le vie biliari.

Con questo, naturalmente, non si vuole attribuire alla flora duodeno-digiunale, la paternità di tutte le affezioni che colpiscono questi organismi: soltanto è necessario sapere che importanza ha questa flora, e come il suo studio sia necessario.

V. SERRA.

Sulla conoscenza del flemmone gastrico.

(OTTO BSTEH. *Zent. f. Chir.*, 1930, n. 50).

Può presentarsi sotto due forme, di flemmone acuto con un inizio brusco e con prognosi infausta e flemmone subacuto cronico, scarso di sintomi che clinicamente può essere scambiato col cancro dello stomaco.

Questo ha un decorso lento con dolore di peso all'epigastrio, vomito, cachessia e con un reperto radiologico di infiltrazione della parete.

Un caso illustrato dall'A. appartiene a questa seconda forma:

Si trattava di un uomo di 66 anni che nel 1922 era stato operato di colecistectomia e da 4 mesi presentava disturbi gastrici accompagnati da perdita di peso (18 Kg.) con Wassermann negativa. Un primo esame radiologico non fece notare alcuna alterazione tranne una ipertonia dello stomaco; un secondo esame fece rilevare i segni indiretti di un carcinoma. All'operazione si trovò un indurimento dello stomaco specialmente verso la piccola curvatura e l'antro, per cui fu praticata una resezione subtotale ed un'anastomosi alla Billroth II transmesocolica. L'infermo uscì guarito dopo 1 mese.

L'esame del pezzo fece notare un'ulcera della piccola curvatura ed un forte edema della sottomucosa con un notevole ispessimento diffuso. All'esame istologico (Erdheim) si notava una infiltrazione rotondo cellulare di tutti gli strati compreso quello muscolare e punti necrotici comprendenti la mucosa e la sottomucosa con sequestrazione di tessuti e infiltrazione circostante, trombosi vasale. Si mettevano in evidenza batteri specialmente bacilli Gram-positivi. Così la lesione venne definita come un flemmone circoscritto, idiopatico, cronico che può avere relazione patogenetica con una gastrite, determinata dal lungo abuso dell'alcool.

Come operazione di scelta è da preferire la resezione che anche nei casi acuti dà buoni risultati (su 17, 12 guarigioni Finsterer) che sono ancora migliori nei casi di flemmone cronico (8 casi tutti guariti secondo la statistica di Haberer).

R. BRANCATI.

L'ulcera-cancro.

(L. SANGUINETTI - E. A. VOTTA. *Archivos Argent. del Aparato Digestivo y nutricion*, Tome 6, n. 2, 1931).

Sotto questo nome deve intendersi ogni ulcera cronica che avendo evoluzionato per un certo numero di anni come un'ulcera classica, prende poi un'altra direzione trasformandosi in neoplasma.

Questa entità clinica fu molto discussa e posta in dubbio: taluni AA. affermarono doversi parlare di cancri ulcerati: oggi dopo gli studi clinici ed anatomo-patologici l'ulcera cancro ed il cancro ulcerato sono due entità perfettamente differenti. Benchè eccezionale, lo sviluppo di un cancro sopra un'ulcera è un fatto constatato, questo anche se non vogliamo tener conto dell'opinione dello Zenker e dell'Hauser i quali sostengono che ogni cancro parte da un'ulcera.

La frequenza della lesione ulcero cancerosa è difficile a precisare: Osler e Mc Crea danno quattro casi sopra centocinquanta con antecedenti ulcerosi evidenti.

Wilson, Mc Carthy, Moyniham sostengono che il 70 % dei cancri prendono la loro origine in ulcere abbandonate alla propria evoluzione; Mayo sopra una serie di 116 casi ope-

rati con diagnosi di carcinoma gastrico, trovò il 79 % di antecedenti ulcerosi. Mc. Carthy della clinica Mayo sostiene che il 72 % delle ulceri si trasformano in cancro. È evidente che di fronte a tante opinioni piuttosto esagerate altre ne esistono in senso contrario ed appartengono in genere ad anatomopatologi: Aschoff, Eving, Kongetzny ecc. Nielsen dopo aver seguito 221 casi di ulcera, per 2-9-10 anni, non ha osservato un solo caso di cancro consecutivo.

Si può conchiudere con Hartmann e Renaud che lo studio minuzioso e preciso delle lesioni gastriche fa affermare che la grande maggioranza delle cosidette ulcere-cancri sono cancri ulcerati e che lo sviluppo di una neoplasia sopra il bordo di un'ulcera cronica è una eventualità relativamente rara, e con Aschoff, Lubarsch e Stromeyer dobbiamo dire che occorre riservatezza nel parlare di cancerizzazione secondaria.

In genere l'ulcera-cancro è frequente nell'uomo e fra i 40-60 anni. La localizzazione è nella piccola curvatura od in vicinanza del piloro.

La sintomatologia nelle ulceri cancro prende rapidamente l'aspetto di ulcera grave. Si ha un primo periodo corrispondente all'ulcera, un secondo al cancro, un terzo intermediario o di transizione caratterizzato dall'aggravamento del dolore che si fa più prolungato, più frequente, da intermittente, continuo, vivo, per lo più resistente al trattamento medico. L'appetito prima intenso, diminuisce.

Vomiti più frequenti, più abbondanti non portano alla calma come nell'ulceroso.

Il liquido vomitato è acido: si hanno piccole emorragie, frequenti anemia, dimagramento. Hayem distingue quattro forme cliniche: l'ulcera cronica cancerizzata, il cancro consecutivo ad un'ulcera apparentemente guarita, il cancro consecutivo ad un'ulcera detta atipica, il cancro impiantatosi sopra un'ulcera la cui esistenza non era sospettata.

Gli esami successivi del succo gastrico dimostrano una progressiva discesa dell'acidità libera, però senza sua completa scomparsa, se non tardivamente.

La diagnosi precoce di questa infermità è quasi impossibile. Le cellule cancerose seguono di preferenza la via linfatica perineurale: perciò sono intensi i dolori degli infermi.

La lesione cancerosa si origina nelle glandole del bordo dell'ulcera: di qui invade i diversi strati dello stomaco assumendo il tipo di epitelioma cilindrico o cilindrico cubico; epitelioma cilindrico polimorfo; epitelioma a cellule disseminate, infiltrato, diffuso; epitelioma megacellulare; epitelioma a piccole cellule cilindriche; epitelioma a cellule vacuolari; epitelioma coroideo; epitelioma diffuso mucoide; epitelioma secernente.

MONTELEONE.

L'alimentazione digiunale nel trattamento delle ulcere peptiche.

(J. MOUZON. *Presse Médicale*, 10 genn. 1931).

Einhorn per il primo raccomandò, or sono 20 anni, l'alimentazione duodenale per il trattamento delle ulcere dello stomaco e del duodeno. L'alimentazione duodenale non è però entrata nella pratica corrente sia per il pericolo di emorragie dovute ad escare prodotte dalla lunga permanenza della sonda nel duodeno, sia per il fatto che tale metodo non mette completamente in riposo lo stomaco ed il duodeno poichè una parte del pasto rifluisce in alto. Per ovviare a tali inconvenienti è stata proposta l'alimentazione digiunale, sostituendo alla sonda di Einhorn una sonda più sottile, più molle, meno traumatizzante per la mucosa. Introducendo la sonda fino al digiuno, non si produce mai reflusso, nè viene eccitata per riflesso la secrezione gastrica. La nuova tecnica si differenzia dal vecchio metodo di Einhorn solo per la posizione dell'oliva, che deve raggiungere il digiuno ed oltrepassare di 30-50 cm. la lesione.

La sonda, di caoutchouc vulcanizzato a caldo, deve avere una lunghezza di m. 1.50 e un calibro interno di 1 mm. Essa porta dei segni a 45 cm., entrata dell'oliva nello stomaco, a 90 cm., entrata nel duodeno, poi a 100, 110, 120 e 130 cm., differenti stadi di progressione nell'intestino. L'oliva deve essere stretta, in modo che possa penetrare facilmente nella narice.

La tecnica dell'introduzione della sonda è quella del sondaggio duodenale. Penetrata la sonda nel duodeno, si arresta per una mezz'ora l'introduzione, che poi viene ripresa lentamente in modo da raggiungere in 2-3 ore il segno 120, che corrisponde generalmente alla posizione voluta. Accertato che la sonda è arrivata al livello giunto, si inizia l'introduzione del pasto.

La razione quotidiana di pappa nutritiva è, secondo la formula di Henning, la seguente per un soggetto di 60 Kg.: 1200-1300 cmc. di latte, 6 uova, 50 gr. di burro, 30 gr. di farina di frumento, il succo di mezzo limone, e 500 gr. di zucchero. Questa razione, introdotta nel digiuno, è ben tollerata. La pappa deve essere ben passata in modo che non restino grumi che potrebbero otturare la sonda. La pappa potrà essere somministrata a piccole porzioni ogni ora oppure ripartita in 3-4-5 pasti. Per calmare la sete si darà del thè leggero, dell'acqua o del succo di frutta. La pappa deve essere introdotta lentamente, senza esercitare forte pressione.

Durante il trattamento, che sarà continuato da due a quattro settimane, non si produce sensazione di fame. Gli infermi perdono qualche Kg. di peso nei primi giorni, ma una

volta ripresa l'alimentazione boccale, riguadagnano rapidamente il peso perduto.

Il principale incidente al quale può dar luogo l'alimentazione digiunale è la crisi vagale, che si manifesta con coliche violente, nausea, angoscia precordiale, palpitazioni, oppressione, pallore, crisi sudorale, astenia profonda. Oltre al suo carattere penoso, questa crisi vagale ha l'inconveniente di determinare una violenta peristalsi intestinale, associata ad antiperistalsi. Quest'ultima ricaccia talora l'oliva verso lo stomaco e favorisce la produzione di incurvamenti e di nodi nella sonda.

Per evitare la crisi vagale bisogna che la pappa non venga in contatto con la mucosa intestinale ad una pressione eccessiva. La pappa va somministrata a piccole porzioni, che si lasceranno andar giù per il loro peso.

Durante tutto il periodo della cura l'ammalato deve restare in riposo, non deve in alcun modo stimolare la secrezione gastrica. Il giorno dell'estrazione della sonda ed il giorno appresso si dà per bocca la stessa pappa, poi si aumenta lentamente la razione alimentare e si ritorna gradatamente alla dieta normale, tenendo però sempre conto della possibilità di recidiva.

L'alimentazione digiunale è in genere indicata nelle ulcere croniche e ribelli al trattamento medico, in quelle ulcere che comportano una indicazione chirurgica relativa. Tutti gli osservatori sono d'accordo nel segnalare i buoni risultati del metodo, specie nelle ulcere croniche. Occorre però una più lunga e più estesa esperienza per poter giudicare i suoi risultati lontani. C. TOSCANO.

PIRETOTERAPIA.

Esiti lontani della terapia malarica nella paralisi progressiva.

(F. MARCORA. *Gazzetta Sanitaria*, gennaio 1931).

Un giudizio circa gli esiti lontani della terapia malarica nella paralisi progressiva è tuttora certamente difficile; tuttavia recenti pubblicazioni riguardanti osservazioni cliniche condotte per lungo tempo e con sufficiente obiettività, permettono di sciogliere, almeno in parte, le riserve altra volta formulate e di giudicare con più sicuri elementi gli effetti lontani della malario-terapia.

Dattner, della scuola di Wagner-Jauregg ha recentemente pubblicato una statistica riguardante 129 ammalati di paralisi progressiva malarizzati e seguiti attentamente per un periodo variabile da 6 a 8 anni. I 129 infermi di Dattner sono divisi in quattro gruppi a seconda del metodo seguito nella cura. In un primo gruppo alla malarizzazione venne fatto seguire un periodo di cura arsenobenzolica a piccole dosi giornaliere di gr. 0,15 fino a raggiungere la dose complessiva di 3 gr. In un secondo gruppo non venne istituita altra cura all'infuori di quella malarica. In un terzo gruppo venne, dopo la malarizzazione, istituito un trattamento arsenobenzolico con iniezioni settimanali a dosi progressive da 0,15 a 0,60 fino a una dose complessiva di gr. 3,15. Infine, in un quarto gruppo, dopo la terapia malarica venne eseguita una cura arsenobenzolica con particolari modalità: circa 10 minuti prima di ciascuna iniezione di arsenobenzolo venne praticata una puntura lombare e vennero estratti da 20 a 25 cc. di liquido cefalo-rachidiano, allo scopo di favorire, con la conseguente nuova secrezione di liquor, la penetrazione nei centri nervosi del medicamento.

Le osservazioni, cliniche e sierologiche, del Dattner permettono di formulare le seguenti proposizioni.

Per un sicuro giudizio prognostico bisogna tener conto non soltanto della modificata sintomatologia clinica, ma anche delle condizioni del liquido cefalo-rachidiano. Fra i dati clinici e i dati delle reazioni umorali del liquido cefalo-rachidiano non esiste un netto parallelismo, ma solo una convergenza che può metter capo, dopo un lungo periodo, anche di anni, ad una perfetta coincidenza del reperto clinico e umorale. Nel così detto periodo di seconda latenza, vale a dire in quel periodo che segue immediatamente alla cura, e che è caratterizzato da una regressione della sintomatologia clinica, è indispensabile eseguire esami sistematici del liquido cefalo-rachidiano in quanto solo essi ci possono ragguagliare in modo preciso sull'andamento dei processi morbosi che si svolgono nel sistema nervoso e che possono essere clinicamente non apprezzabili. I paralitici progressivi trattati con cura arsenobenzolica, a piccole dosi ripetute, subito dopo la cura malarica, danno il maggior numero di remissioni complete, mentre quelli trattati con la sola malarizzazione o con il così detto drenaggio del rachide hanno dato i peggiori risultati. La terapia malarica, anche quando non è seguita da successo duraturo e non impedisce il progresso della forma morbosa, prolunga però notevolmente la durata della vita dei pazienti e si mostra, a questo riguardo, assai superiore alla sola cura arsenobenzolica.

C. TOSCANO.

La febbre esantematica provocata e la sua utilizzazione per la piretoterapia.

(H. CLAUDE e F. COSTE. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des hôp. de Paris*, 9 febbraio 1931).

La febbre esantematica del litorale mediterraneo, per la sua benignità e per la lunga durata del periodo febbrile, è sembrata agli AA. molto adatta per la realizzazione di una piretoterapia efficace e priva di rischi. Gli AA. han-

no utilizzato per la inoculazione, un filtrato di una zecca, il *rhipicephalus sanguineus* raccolta su cani di Marsiglia.

Il filtrato di un centinaio di zecche fu iniettato ad un demente precoce: l'iniezione provocò una leggera reazione locale infiammatoria e fu seguita, dopo 4 giorni d'incubazione, da una brusca ascesa della temperatura che in tre giorni raggiunse i 40°. Al 5° giorno di febbre comparve l'eruzione maculo-papulosa caratteristica, che fu assai intensa, generalizzata alla totalità della cute, e si accompagnò a leggero enantema. La malattia così provocata, che realizzava il quadro clinico della febbre esantematica, non influì apprezzabilmente sullo stato generale del soggetto e non determinò alcun disturbo nervoso apprezzabile. La fase febbrile durò 12 giorni.

La condizione *sine qua non* per realizzare un metodo piretoterapico utilizzabile era di ottenere, a partire da questo primo caso, dei passaggi regolari da uomo a uomo, poichè le zecche in quistione pungono i cani solo d'estate. Gli AA. sono riusciti ad ottenere dei passaggi in serie, prelevando al malato inoculato del sangue al 7° giorno del periodo febbrile (9 cc. in due casi, 20 cc. in un terzo); ma la febbre esantematica di seconda generazione si dimostrava già attenuata rispetto alla prima generazione. L'attenuazione perdurò anche in una terza ed in una quarta generazione, ottenute prelevando una maggior quantità di sangue all'inizio della fase termica. È probabile che, utilizzando per la prima inoculazione un numero importante (più di 100) di zecche infettanti e prendendo la precauzione di prelevare per i passaggi almeno 30 cc. di sangue al principio dell'ascesa febbrile, si possa mantenere la virulenza della sorgente ed ottenere una piretoterapia regolare ed indefinitamente ripetuta.

In alcuni dei malati inoculati (tutti affetti da demenza precoce) si ebbe un miglioramento assai netto. Data però l'esistenza di remissioni spontanee nella schizofrenia, non è possibile alcuna conclusione sicura. C. TOSCANO.

La cura della demenza paralitica coll'iperpiressia prodotta dalla diatermia.

(G. A. NEYMANN e S. L. OSBORNE. *The Journ. of the Amer. Medic. Assoc.*, 3 gennaio 1931).

La letteratura sulla terapia della demenza paralitica coll'inoculazione della malaria è vastissima e nell'insieme i risultati possono riassumersi dicendo che solo nel 33 % dei casi si hanno remissioni cliniche. Sono state tentate altre iperpiressie provocate: colla febbre ricorrente, col sodòku, colla proteinoterapia mediante vaccino antitifico. Secondo alcuni la malarioterapia agisce per l'azione che la malaria ha sul reticolo endotelio. Gli AA. hanno voluto studiare l'efficacia dell'iperpiressia ottenuta colla diatermia appunto per vedere se è l'alta temperatura che agisce oppure qualche altra cosa.

Gli elettrodi devono essere grandissimi e si applicano uno all'addome e l'altro al petto.

Fu osservato che i malati sottoposti a questa cura hanno sul principio un rialzo della pressione sistolica e poi una caduta della diastolica. Dopo una serie di applicazioni la pressione tanto sistolica che diastolica si abbassa e si mantiene bassa permanentemente. Nel sangue si ha aumento dei leucociti, delle emazie, dell'emoglobina, dell'azoto non proteico e dell'acido urico. Inoltre nel plasma si ha diminuzione dell'ossido di carbonio con aumento di cloro e di calcio nel siero.

Sono stati trattati coll'iperpiressia da diatermia 25 malati di demenza paralitica. In 16 (64 %) ci fu la possibilità di ritornare alla vita sociale senza essere sorvegliati. Due (8 %) ritornarono alla vita sociale, ma avevano bisogno di essere sorvegliati. Dei 7 che non ebbero nessun giovamento 5 erano in condizioni gravi già prima della cura.

Il reperto sierologico non ha coinciso col miglioramento clinico.

Le applicazioni di diatermia hanno oscillato da un minimo di 6 ad un massimo di 49, in media 15. Le applicazioni si facevano due volte alla settimana.

La tecnica non è stata uguale in tutti i casi, perchè in alcuni si provocò una curva febbrile simile a quella della malaria, ma poi provocarono la febbre solo per 5 ore consecutive. Nessun caso di morte imputabile alle applicazioni fu osservato.

Due ammalati che erano migliorati perirono alcune settimane dopo cessate le applicazioni. Il pericolo della cura è nella possibilità di produrre scottature, che si possono evitare essendo molto accurati nella tecnica.

Koenig ha curato con questo metodo 50 ammalati ed ha avuto miglioramento nel 48 %, nessun cambiamento nel 40 % e peggioramento nel 6 %. Nel 6 % ebbe morte che però non crede si debba attribuire alla cura. Risultati non molto soddisfacenti ha avuto coll'ipertermia provocata a mezzo di bagni caldi Mehrtens, forse perchè coi bagni non si può ottenere ipertermia che duri più di due ore.

R. LUSENA.

EPIDEMIOLOGIA.

Gli aeroplani nella diffusione delle malattie.

(N. C. DAVIS. *Rivista di Malariol.*, 1931, n. 1).

Un fatto dei più interessanti nel campo epidemiologico è riferito dall'A. Ecco di che si tratta.

La « Compagnie Générale Aéropostale » ha attivato una linea aerea tra Dakar (Africa) e

Natal (Brasile sett.). Qualche tempo dopo, a poca distanza dallo scalo brasiliano, l'entomologo Shannon ha rinvenuto una specie anofelica che prima non esisteva in America, ma era confinata in Africa, l'*Anopheles gambie*. È probabile che il trasporto di questa zanzara sia stato effettuato dagli aeroplani.

Due mesi più tardi, il Davis dimostrava l'esistenza della stessa specie a circa 600 metri dal luogo ove era stata prima rinvenuta.

Il fatto avrebbe poco significato per sè, qualora questa zanzara, nelle nuove condizioni di vita, non dimostrasse un'attività epidemigena straordinaria ed imprevista. L'A. l'ha trovata infetta nella proporzione del 62,8 % e infettante (con sporozoiti nelle glandole salivari) nella proporzione del 30,2 %. Percentuali così alte non erano mai state registrate prima d'ora nella letteratura malariologica.

Al tempo stesso la popolazione locale, che un tempo soffriva poco di malaria, ora è stata colpita nella sua totalità. Le cure chininiche si dimostrano inefficaci a fronteggiare la situazione ed a ridurre l'incidenza della malattia.

Ciò prova che l'insetto ha trovato nuove condizioni molto favorevoli al suo compito di vettore. È probabile però che prima o poi esse cambieranno, venendosi a stabilire nuove condizioni ecologiche.

Che gli aeroplani potessero assumere un ruolo nella diffusione delle malattie, era stato già osservato.

Difatti si ammette che, verso la fine della guerra, un aeroplano militare inglese abbia potuto eludere le rigorose disposizioni emanate in Inghilterra dal « Board of Agriculture » per la contumacia dei cani importati nell'isola. Un cane, che faceva da *mascotte* presso un reparto d'aviazione, avrebbe importato, per tal modo, la rabbia, da cui l'Inghilterra si era prima liberata grazie ad un'efficace profilassi favorita dalla posizione insulare: per un sedicennio l'Inghilterra ne era rimasta indenne.

La malattia si propagò rapidamente, anche perchè non sospettata e non subito riconosciuta. Si dovette riprendere la lotta contro di essa: tra l'altro, si istituirono alcuni servizi antirabbici e si richiamarono in vigore le vecchie misure per la difesa dai cani (museruole, guinzagli, accalappiamento, denunzia dei casi sospetti ecc.). Alla fine si riuscì a bandire nuovamente la malattia dall'isola. Ufficialmente si registrarono 319 casi di rabbia canina sino al principio del 1921, quando la malattia scomparve. L'epilogo si ebbe nel 1924, con la chiusura dell'ultimo servizio antirabbico.

Si pensi che cosa potrà avvenire in Australia, la quale non ha mai conosciuto alcune malattie infettive, come il colera e la rabbia, perchè praticamente isolata in virtù delle enormi distanze. A bordo delle navi dirette in Australia molte infezioni a carattere acuto hanno il tempo di dichiararsi durante il viaggio; all'arrivo si attuano provvedimenti efficaci, grazie ad ottimi servizi sanitari, i quali possono sembrare perfino esagerati (per i cani è prescritta una contumacia di sei mesi, come in Inghilterra).

Gli aeroplani e i dirigibili, però, annullano quasi le distanze, e possono introdurre con relativa facilità delle malattie in stadio d'incubazione o non ancora clinicamente riconoscibili.

Malattie nuove per la regione, troverebbero un terreno vergine e perciò potrebbero assumere carattere invasivo e violento.

Si può prevedere anche il trasporto a grandi distanze di agenti vettori, come ora ce ne offre un esempio il Davis.

Il nuovo mezzo di trasporto ha fatto sentire la necessità di misure protettive. L'ufficio internazionale d'igiene pubblica ha affrontato il problema e ne ha affidato lo studio ad una « Commissione per il controllo sanitario della navigazione aerea » (l'Italia vi è rappresentata dal dott. Alberto Lutrario), la quale prepara una convenzione internazionale, che potrà giovare a limitare, se non a scongiurare, i pericoli sanitari inerenti alla navigazione aerea.

A. P.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

D. B. RONCALI. *Il cancro nella patologia moderna*. Napoli, Officina Napoletana. F. Tessitore, 1930.

In edizione di lusso, con magnifiche incisioni fuori testo, il prof. Roncali pubblica la prolusione da lui tenuta al corso di Patologia Chirurgica nel 1922, in cui egli espone il contributo italiano e specialmente delle Scuole di Roma e di Napoli allo studio dell'etiologia e della dottrina patologica dei neoplasmi in genere e del cancro in particolare, sostenendo con copia di dottrina e di argomentazioni la sua ben nota dottrina, e negando valore ai casi riferiti di guarigioni spontanee di tumori.

La parte preponderante del volume è però soprattutto nelle note che l'A. pone in appendice alla prolusione ad illustrazione di alcuni punti da lui accennati nella prima parte della prolusione stessa.

Nella prima riporta numerosi passi di antichi scrittori che attestano la fedeltà di Napoli a Roma, specie nella seconda guerra punica.

Nella seconda nota e con una ricchezza di citazioni storiche veramente impressionante, afferma che l'origine dell'Ateneo Napoletano deve farsi risalire a Giustiniano che nel 563 estese a Napoli colla Prammatica Sanzione le Costituzioni riguardanti gli insegnanti del *Capitolii Auditorium* e del Collegio degli Archiatri, che potevano anche essere nominati Conti Pa-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

latini di cui riporta numerosi nomi fra i Professori insegnanti a Napoli; per l'istituzione della Facoltà teologica occorre risalire a Ruggero I, mentre Federico II compiè l'unificazione delle varie scuole.

Accenna alla Scuola di Salerno, unica rimasta dopo l'unificazione, e con copia di dottrina dimostra che gli studi di medicina si fecero in gran parte presso gli ospedali annessi alle Diaconie e ai Conventi.

Segue una dotta esposizione delle opere e della dottrina della Scuola Crotoniate e specialmente di Democede, di Alcmeone e di Aristotele, che mette in paragone con alcune teorie modernissime.

Infine in una terza appendice dimostra l'italianità di Malta che dalla Dominazione di Roma nel 211 a. C. alla conquista di Napoleone nel 1798, meno i 230 anni in cui fu sottomessa dagli Arabi, ebbe per 1484 anni sempre un Dominio italiano, prima Romano poi Romano-Bizantino e infine Siculo-Napoletano, poichè anche quando fu soggetta ai Cavalieri di S. Giovanni, l'Alta Signoria sull'isola fu sempre del Re di Napoli, e ricorda le lotte recenti per l'italianità dell'isola, cui tanta parte prese il padre del Roncali stesso. R. A.

M. OMBRÉDANNE. *Traitement du cancer endolaryngé. L'hémilaryngectomie.* Vol. di p. 134 con 28 fig. in tavole fuori testo. Masson, éd. Paris, 1930. Fr. 25.

Da quando la diagnosi di cancro della laringe è posta più precocemente, gli interventi chirurgici tendono a divenire più circoscritti e meno mutilanti. In questa memoria l'A., prima di esporre una tecnica speciale del proprio Maestro, paragona con la documentazione più ampia della letteratura esistente, i risultati ottenuti dai tre tipi d'interventi: tirotomia, laringectomia totale e parziale; e conclude facendo rilevare come, con il progredire della tecnica e la tendenza ad asportazioni più ampie, l'indicazione degli interventi parziali si vada estendendo. Peraltro, salvo casi eccezionali, la terapia chirurgica è ancora quella di scelta nei confronti della terapia fisica, salvo l'associazione dei due metodi.

In una seconda parte l'A., ricordata l'evoluzione anatomo-patologica e clinica del cancro della laringe, espone la tecnica dell'emilaringectomia, secondo il metodo di Hautant. Questo metodo si basa su alcuni princìpi generali, come la dissezione dall'esterno dell'emilaringe che deve essere asportata (riservando l'apertura della cavità laringea all'ultimo tempo operatorio) e il rispettare certe parti della laringe che non sono quasi mai coinvolte nel processo canceroso (metà posteriore dello scudetto tiroideo, castone cricoideo).

Tale tecnica eseguita su 65 ammalati avrebbe già dato il 68 % di guarigioni senza recidive; quantunque questi risultati datino da soli cinque anni e quindi siano troppo recenti per poter serenamente giudicare sul valore del metodo, essi sono di per sè così notevoli che, in unione alla tecnica piuttosto facile, sebbene fine, e ai risultati funzionali discreti, permettono di porre il metodo stesso fra i migliori.

Il volume è completato da una ricca bibliografia internazionale, che è poi quasi completa per i lavori dell'ultimo decennio.

Nel complesso è un'opera utile, una vera messa a punto della questione, che è presentata e illustrata in modo completo e piacevole.

M. SILVAGNI.

H. MATTI. *Die Knochenbrüche und ihre Behandlung.* Vol. di pag. 938, con 1000 fig. Ed. J. Springer, Berlino, 1931. R. M. 81.60.

Non mancherà a questa seconda edizione del libro del Matti il successo incontrato nella precedente. Chiarezza di esposizione, abbondanza di materiale documentario, critica intelligente dei vari metodi sono doti apprezzate nella prima edizione e che hanno diffuso largamente l'opera fra il pubblico medico tedesco.

L'opera è stata rielaborata e sfrondata da ripetizioni in modo da essere raccolta in un solo volume. Quasi tutti i capitoli sono stati riveduti, aggiunti altri, come, p. es., quelli sulla cura cruenta delle fratture, aggiornati quelli sulle fratture del femore e sulle fratture della colonna vertebrale.

La tecnica radiografica migliorata ha permesso la sostituzione di radiogrammi imperfetti e una più dettagliata dimostrazione di alcune fratture, come quelle della colonna vertebrale, del bacino, ecc.

Il libro del Matti, edito in bellissima veste tipografica, arricchisce la biblioteca del medico di un trattato completo sulla clinica e la terapia delle fratture. P. VALDONI.

M. SORRENTINO. *La cromocistoscopia di precisione.* Napoli, S. I. E. M., 1930. L. 20.

Siamo lieti di segnalare la monografia del Sorrentino, nella quale è ribadita l'importanza della cromocistoscopia. L'esame della funzione renale rappresenta una fonte inesauribile di studi, ma fin oggi nessun metodo, sia pure complesso offre risultati costanti. Vale quindi la pena di affidarsi a quell'indagine che con la maggiore semplicità garantisca i minimi di errore. L'indigo-carminio, ha trovato da noi scarsi proseliti, probabilmente perchè la maggioranza degli studiosi della specialità ha compiuto la sua educazione in Francia, ove tale prova è sconosciuta o quasi.

In Germania invece la cromo gode tuttora largo favore di consensi e per la sua diffusione già avuta consente conclusioni diagnostiche e prognostiche esatte.

Siamo certi che molti leggeranno la pubblicazione accennata, perchè è chiara, sintetica, convincente, e che dopo averla letta avvertano la opportunità di applicarla nella pratica.

E. MINGAZZINI.

P. MOULONGUET et S. DOBKEVITCH. *Appareil génital de la femme* (I^re p.). (Nella Collezione « Les Diagnostic anatomo-cliniques de Lecène ». Ed. Masson, Parigi, 1931. Fr. 75.

È una esposizione piana, chiarissima, come sempre da parte di AA. francesi, della casistica ginecologica osservata dal Lecène negli ultimi anni e delle direttive sue terapeutiche. La espongono due suoi allievi, che poterono utilizzare il materiale raccolto via via dal Maestro, e che nella convivenza di molti anni ne assorbirono per così dire la forma mentis.

Il volume è edito in carta patinata; ha 762 figure, quasi tutte originali e in esse, o per lo meno in buona parte di esse, sta molto dell'interesse del lavoro. Ci sono capitoli ampiamente trattati; altri hanno più fuggevole svolgimento: i due allievi del Lecène riferiscono solo del materiale visto e raccolto. La lettura è facile e spesso istruttiva: non tutti i punti forse troveranno universale consenso; per esempio proprio all'inizio non credo che la maggioranza degli ostetrici sottoscriverà al consiglio di non riparare le estese lacerazioni perineali ma di rimandare la cura a un secondo tempo: se spesso avviene che la prima sutura sia male fatta è il caso di insistere sulla necessità di farla correttamente, non di... rimandarla.

Il libro è preceduto da una prefazione di Lecène, dove sono esposti i suoi criterii clinico-chirurgici: sono pagine molto interessanti; chi scrive vi ha letto con grande piacere alcune idee sugli esami microscopici che collimano con quanto ebbe a sostenere all'ultimo Congresso Ostetrico. Il Lecène vuole che il chirurgo stesso faccia o faccia fare sotto il suo controllo immediato gli esami istologici. Questa « autonomia » è molto vantaggiosa; allora « gli esami microscopici sono un prolungamento della clinica; solo a questa condizione essi hanno significato e valore ».

Questa prima parte illustra le lesioni meccaniche, flogistiche, distrofiche, neoplastiche vulvo-perineali-vaginali; la gravidanza ectopica; le complicanze degli aborti; la blenorragia; le altre flogosi utero-annessiali (ad esclusione delle puerperali); la tubercolosi e la sifilide; infine un breve paragrafo (da pag. 281 a 284, con 3 figure) è dedicato alla torsione degli annessi.

È nell'insieme un libro che si scorre con facilità, con interesse e con utilità, tanto da far desiderare di aver presto la seconda parte, già in avanzata preparazione.

p. g.

E. SONNTAG. *Die Chirurgie des praktischen Arztes.* Vol. di pag. 879 con 684 fig. Edit. G. Thieme, Lipsia, 1931.

Il libro è scritto dall'Autore con l'intenzione di offrire al medico pratico una trattazione quanto è possibile completa di atti e interventi chirurgici che gli occorra di dover eseguire. Non c'è un limite esatto che segni i limiti di una chirurgia del medico pratico e forse per ovviare a possibili lacune troviamo descritti interventi che richiedono l'opera di un chirurgo esercitato. Non si può dire viceversa, chè l'Autore si è preoccupato di descrivere e illustrare ampiamente manualità chirurgiche che nei trattati di chirurgia non vengono descritte.

Sotto questo punto di vista il libro incontrerà certamente il più grande favore del medico non specializzato cui è dedicato.

P. VALDONI.

STORIA DELLA MEDICINA

Morgagni, maestro ai giovani.

Il Morgagni è una delle più note figure dei nostri vecchi Maestri, che sono stati i veri pionieri della scienza moderna. In un recente studio, corredato anche con riproduzioni di autografi, G. Bilancioni (*Riv. di Attività Municipale « Forum Livii »*, febr. 1931) ce lo presenta anche sotto l'aspetto di educatore, di animatore dei giovani, a cui consacrava gran parte della sua attività, trasfondendo loro la passione per la scienza.

Noi possiamo immaginarcelo, sino alla tarda età, discente coscienzioso, puntuale alle lezioni, scrupoloso all'estremo nella dimostrazione obbiettiva dei reperti anatomo-patologici, delle strutture difficili, delle anomalie eventuali che sono premio a chi indaghi, con acume e conoscenza, i corpi umani.

E gli allievi certamente dovevano trarre, dagli insegnamenti di tanto maestro, l'àbito all'osservazione minuziosa e la consuetudine a derivare dai risultati dell'autopsia tutte quelle nozioni patogenetiche e cliniche che rendono il suo noto trattato (*De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis*) un libro mirabile, che ha avuto un'influenza straordinaria nell'educazione di un'infinita schiera di medici.

Ed ai giovani dedicò il Morgagni la sua attività facendo anche con alcuni « certe ripetizioni prattiche così passeggiando ogni sera ». E per essi rinunciò all'invito di scrivere una storia della patologia, pensando che « alla gioventù una tale storia sarebbe riuscita di minor vantaggio di quella delle malattie e delle dissezioni, gioventù per la quale singolarmente scrivo ».

Ed il sistema da Lui seguìto di rimanere sempre aderente alle esigenze della pratica, in modo da rendere maggiormente giovevole l'in-

segnamento traspare anche da una lettera a G. F. Schreiber, a proposito delle sue osservazioni esposte nel « *De sedibus* »: « Ebbi in pensiero, non già di destare l'ammirazione, ma di insegnare cose più utili ai miei uditori, per i quali specialmente scrivo. Infatti, è molto più giovevole di mostrar loro, mediante l'anatomia medica, quali siano le cause di quei mali che debbono vedere sovente nell'esercizio della medicina, che far ad essi conoscere quali siano quelle di un numero esiguo, che forse non vedranno mai ».

Giovò anche molto al Suo insegnamento la serena obiettività con cui ebbe a trattare ogni questione, rifuggendo da ogni astiosa polemica, anche se era costretto, a difesa della verità, a rivendicare qualche sua scoperta; non a torto, egli era detto *prudentissimo* e tale veramente fu, sia per indole propria, sia per l'insegnamento cordiale e paterno che il Valsalva ebbe ad impartirgli.

Maestro nel più alto senso della parola, Egli pose sempre la logica al servizio della scienza e cercò sempre di trarre dall'osservazione del dato anatomo-patologico l'insegnamento che, di riflesso, serve nella pratica ed all'esperienza clinica. Egli sa, e ne scrive al Meckel, che pochissime sono le malattie caratterizzate da un segno patognomonico; di solito, esse si riconoscono dal sommarsi o seguirsi di numerosi sintomi, che noi dobbiamo rilevare. Il medico colto cerca appunto di riconoscere, il più che sia possibile ed anche precocemente, l'apparire di questi elementi diagnostici, per giungere ad una diagnosi esatta e precisa.

Anche il linguaggio da Lui usato denota la chiarezza della sua mente; esso è, di fatto, appropriato alla giusta e concisa esposizione dei dati di fatto, corroborata, a sua volta, da una metodica elaborazione critica e dottrinale. E ciò è tanto più degno di nota in un secolo in cui la cattedra spesso si trasformava in una bigoncia di eloquenza barocca e farraginosa, costellata di reminiscenze romantiche e di senili cavillosità dello spirito scolastico.

Il che non toglie che il Morgagni, a tempo opportuno, non sapesse aggrazziare e sveltire la più arida trattazione con qualche reminiscenza letteraria, riprendendo poi, nell'esposizione, il ritmo abituale di severità e di equilibrio perfetto.

È nello spirito del Morgagni il limpido metallo della mente galileiana; quella lucida, pacata, serena, aperta spiritualità propria del genio italiano e che troviamo come una caratteristica nel Redi e nel Malpighi, nello Spallanzani e nel Fontana. Ed è da deplorare che oggi la maggior parte dei giovani esca dalla facoltà di medicina, anche per la mancanza di una traduzione o di un adattamento del « *De sedibus* », priva di quel *vital nutrimento*, che sarebbe attissimo a fortificare le menti delle nuove generazioni mediche d'Italia. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

II Congresso internazionale di Tecnica Sanitaria e di Igiene urbanistica.

Milano, 20-26 aprile 1931.

Nel grandioso salone delle Statue, al Castello Sforzesco, è stato inaugurato questo Congresso che, con circa 700 iscritti raccoglieva oltre a moltissimi italiani, i delegati di una trentina di nazioni estere. Ai consueti discorsi ufficiali (del sen. VENINO, del Sottosegretario on. LEONI e di parecchi rappresentanti delle Nazioni estere), è seguito il discorso del presidente del Comitato ordinatore, S. E. il prof. DE BLASI, Accademico d'Italia, il quale ha parlato dei flussi e riflussi urbano-rurali, accennando soprattutto ai benefici che la campagna porta alla città.

I lavori si sono svolti nei lindi ed ordinati locali dell'Ufficio di Igiene del Comune e sono stati divisi in sei sezioni. Frazionamento che presenta, da un lato, il vantaggio di non prolungare troppo le sedute (il che si verifica spesso in questi Congressi internazionali per la necessità di tradurre in diverse lingue), ma presenta anche l'inconveniente di rendere impossibile il seguire le diverse comunicazioni che si svolgono contemporaneamente in luoghi diversi e che possono interessare l'igienista che, per sua natura deve avere una mente poliedrica.

Con l'eliminazione di diversi temi, pure interessanti, ma che uscivano dal quadro abbastanza nettamente limitato dell'igiene urbanistica e della tecnica sanitaria, si sarebbe forse potuto diminuire il numero delle sezioni ed attenuare così l'inconveniente lamentato.

Non è qui possibile dare un sunto, non dico di tutte le comunicazioni, ma nemmeno delle più significative. D'altra parte, la mancanza di relazioni propriamente dette, cioè di 2-3 temi predisposti dal precedente Congresso attorno ai quali s'impernia l'interesse del Congresso attuale, rendeva ancor più sensibile lo svantaggio dello sminuzzamento in sei sezioni e più malagevole il cogliere la fisonomia complessiva del Congresso stesso.

Accennerò, quindi, soltanto ad alcuni lavori e studi.

Largamente trattato fu il problema dell'*acqua*: i sistemi di captazione (ing. LANG); l'inquinamento chimico delle acque naturali, da tenersi presente per le zone industriali (il relatore LANG, ha citato in proposito l'inquinamento da acido picrico), la descrizione ed il funzionamento dell'Acquedotto Pugliese (TANZARELLA e CELENTANI-UNGARO); l'alimentazione idrica della città di Atene (ALIVISATOS); i rifornimenti idrici delle zone aride (KELLER). Molto interessante in questa sezione è stata la comunicazione di IMHOFF sulla utilizzazione delle acque di rifiuto per i rifornimenti idrici, previa depurazione. In base ad esperienze eseguite ad Essen, si è veduto che è possibile far compiere fino a dieci volte il ciclo, fino a quando, cioè, la concentrazione di cloruro di sodio diventa intollerabile.

Sul problema delle *immondizie e delle acque luride* rileviamo la relazione di DE BLASI e IPPOLITO sullo smaltimento dei rifiuti liquidi in Italia dal punto di vista igienico ed agricolo; il problema verrà ora largamente studiato nella Stazione Sperimentale di Foggia per l'epurazione ed utilizzazione delle acque di fogna. Menzioniamo anche le diverse comunicazioni sulla canalizzazione urbana e di piccoli centri, sulla asportazione ed utilizzazione delle immondizie stradali e domestiche.

Molte ed interessanti comunicazioni sulle *abitazioni*, specialmente popolari e collettive. Citiamo quelle di ILVENTO, MAZZITELLI e TOMMASI-CRUDELI (abitazioni collettive, case operaie, abitazioni economiche), di BOTTI sul problema dei « bassi » di Napoli, di RONZANI sui locali di servizio delle abitazioni, ecc.

Sulla *termalità* delle abitazioni, sono da menzionarsi le comunicazioni sul riscaldamento centrale di intere zone urbane (SQUASSI) e sulla refrigerazione di locali abitati (GUARINI, LA CAUZA).

Nuovi problemi che si impongono ora nell'igiene delle città sono quelli dei *rumori* e dell'*inquinamento dell'aria con polveri e prodotti diversi* e sono stati trattati da diversi relatori (GARIN e POLICARD, MIRONE, ecc.). A tale proposito, il CASAGRANDI tenne un'interessante conferenza con proiezioni sull'autodepurazione dell'aria urbana.

Molte altre questioni sono state trattate: quelle relative all'*igiene dei trasporti* (TRENCHI, FILIPPINI, PORCHEZ ed altri) all'*abitato rurale ed alle colonie* (TOMMASI-CRUDELI, PULLÈ ed altri), alle *malattie infettive nell'ambiente cittadino* (TRON, BAREGGI ed altri), alla *legislazione sanitaria ed alle provvidenze sociali*, ecc.

Nel discorso di chiusura, S. E. DE BLASI fece presente l'utilità che deriva da una certa separazione delle due branche dell'igiene, quella puramente microbiologica e quella tecnico-sanitaria e, dopo avere ringraziato coloro che comunicando qui i risultati della propria esperienza sono stati il « pane ed il sale » del Congresso, rivolse un pensiero grato a quelli stranieri che hanno portato il saluto dei proprii paesi esprimendosi in italiano (fra questi vi era anche un ungherese) e fece rilevare la grande utilità che deriva dalla conoscenza della lingua, citando, a tale proposito, il detto di Ennio, riportato da Cicerone, il quale « *Se se tria corda haberc dicebat, quia latine, graece, osce loqui sciebat* ». Il DE BLASI applicò questi suoi giusti principii, pronunciando il suo discorso anche in francese ed in tedesco e riscuotendo i più vivi e meritati applausi.

Numerose ed interessanti visite ai diversi stabilimenti ed istituti di Milano. Buona l'organizzazione del Congresso che aveva, fra l'altro, provveduto alla traduzione di tutti i sunti ed a dotare le singole sezioni di abili interpreti. Oltre al Comitato ordinatore, di cui facevano parte il prof. P. Piccinini ed il dott. Veratti, la buona riuscita del Congresso si deve all'attività organizzatrice dell'ing. Uccelli ed all'infaticabile prof. L. Carozzi.

Il prossimo Congresso si terrà a Lione nel 1932.

fil.

Società Medico-Chirurgica di Padova.

Seduta del 24 aprile 1931.

Presidente: Prof. G. CAGNETTO.

Contributo chirurgico e anatomo-patologico allo studio del rinofima.

Dott. F. STOCCARDA. — L'O. presenta fotografie e preparati microscopici di un caso di grosso rinofima suppurato in un uomo di 72 anni operato con buon esito di decorticazione dell'intumescenza nasale il 21 maggio 1927. L'esame istologico del pezzo asportato ha dimostrato scarsa compartecipazione delle ghiandole sebacee, cospicua invece la proliferàzione di tessuto connettivo compatto con infiltrazione parvi rotondo-cellulare a focolai sparsi. L'alcool, l'esposizione alle intemperie, sono elementi predisponenti. Dei vari metodi di cura proposti: diatermo-coagulazione, asportazione chirurgica con trapianto alla Thiersch, asportazione chirurgica non complementare, irradiazione coi raggi X e applicazione locale di acido tricloroacetico, l'O. propende per la semplice asportazione chirurgica, purchè la decorticazione non sia troppo profonda. Per frenare l'emorragia sono utili le iniezioni di endocalcio preventive e localmente tamponi di garza imbevuti di soluzione fisiologica caldissima.

Adrenalina, estratti di ghiandola linfatica e reazione iperglicemica.

M. COPPO. — L'O. ha studiato, in vista delle analogie di struttura e delle correlazioni funzionali esistenti tra timo e sistema linfatico, quale sia l'azione degli estratti di ghiandola linfatica sulla glicemia e sulla iperglicemia adrenalinica. Ha osservato che questi estratti determinano una iperglicemia del tutto analoga a quella del timo, ma non esplicano affatto una azione antagonista alla adrenalina simile a quella degli estratti timici, dimostrata da Messini.

Conclude che questa azione del timo sul ricambio degli idrati di carbonio si dovrebbe attribuire, almeno prevalentemente, al costituente epiteliale della ghiandola.

Su due casi di anomalia congenita del cuore e dei grossi vasi arteriosi.

Dott. A. POZZAN. — L'O., dopo aver parlato brevemente delle ipertrofie idiopatiche del cuore dei neonati, descrive un caso di ipertrofia cardiaca riscontrata all'autopsia di un bambino di 17 giorni, dovuta all'obliterazione durante la vita intrauterina del forame ovale di Botallo. Passa a descrivere poi un caso di ectopia d'origine dell'arteria polmonare di sinistra e del dotto arterioso di Botallo in un cuore triloculare (monoventricolare-bratriale) con atresia dell'istmo aortico. Queste anomalie verrebbero attribuite dall'O. allo spostamento dei punti d'origine del setto aortico polmonare ed alla conseguente ectopia del sesto arco branchiale. Passa a parlare infine delle stenosi dell'istmo aortico e delle varie teorie sulla loro patogenesi. L'atresia del caso in esame sarebbe dovuta a fatti involutivi determinati da inattività funzionale.

Influenza dell'ergosterina irradiata e dello stronzio sul callo di frattura.

Dottori DOLFINI e ROBUSCHI. — Gli OO. hanno prodotta la frattura del radio in giovani polli trattati con erg. irr. e con lattato di stronzio, introdotti per via orale, isolatamente e in associazione. Dal confronto con polli di controllo, non sottoposti ad alcun trattamento, è risultato:

1) Che nei polli a erg. irr. si forma un callo osseo voluminoso che ben presto calcifica, nel quale si differenzia un osteoide a struttura compatta; anche l'involuzione del callo si compie più rapidamente.

2) Che nei polli a lattato di stronzio il callo osseo è caratterizzato da una lenta evoluzione, e sopratutto da una scarsissima opacità ai raggi, la quale dimostra una deposizione di sali minerali molto deficiente.

3) Che nei polli a trattamento misto erg. irr.-sr. il callo osseo è un po' più opaco ai raggi X ed evolve più rapidamente che negli animali trattati con solo sr.; però l'impregnazione con sali minerali avviene in modo irregolare, l'osteoide che si forma è molto rarefatto e poroso.

È da ritenersi come *verisimile che l'erg. irr. sia in grado di favorire la deposizione nel callo di frattura non solo del ca., ma anche dello sr.*

Il prof. G. OSELLADORE riferisce su *esperimenti di pneumectomia nel coniglio.*

Sullo sviluppo dei germi patogeni nei tessuti morti con particolare riguardo al b. del tifo.

Prof. E. BALBI. — I tessuti ed organi di animali normalmente refrattari al b. del tifo perdono dopo la morte ogni potere antagonista allo sviluppo di questo germe inoculato endovena e ne permettono anzi l'accrescimento in un periodo di tempo press'a poco uguale a quello richiesto dai comuni terreni.

Il Segretario: Prof. G. ZANETTI.

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Seduta del 26 marzo 1931.

Presidente: Prof. JADER CAPPELLI.

Virus brucellare nel siero di sangue degli ovini da macello della Toscana.

Dott. G. A. SEGNI. — Su 450 sieri esaminati ha messo in evidenza: 9 sieri sospetti, 21 sieri di limite della positività e 15 nettamente positivi. L'alto titolo raggiunto dalle 15 agglutinazioni nettamente positive confortano il valore diagnostico della siero-reazione di Wright e particolarmente rafforzano anche l'importanza delle 21 reazioni al limite della positività e delle 9 sospette. Il virus brucellare è dunque disseminato fra gli ovini della Toscana che ne vengono ad essere serbatoi viventi di contagio e rappresentano una modalità di distribuzione fuori dell'organismo umano come risulta anche alla luce delle moderne cognizioni epidemiologiche.

Il prof. P. A. MEINERI riferisce *sulla cosiddetta prova della fragilità capillare.*

Caso di singolare tumore della regione parotidea curato col radium.

Dott. M. SCOPESI. — L'O. presenta un caso di neoplasia della regione parotidea insorta in una giovinetta di 14 anni, neoplasia che ha raggiunto in due anni il volume di una grossa mandorla senza per nulla interessare i tessuti cutanei che soltanto in secondo tempo hanno aderito al processo sottostante ulcerandosi. Attraverso la breccia cutanea si è estrinsecata rapidamente un'abbondante vegetazione che in circa 40 giorni ha assunto le proporzioni di una noce. Il tumore è stato con successo trattato con applicazioni radium-terapiche.

Mentre i dati clinici e l'età della p. facevano pensare ad un tumore misto della parotide, l'esame istologico di diverse biopsie fatte in serie ha costantemente fornito il reperto di cancro cutaneo baso-cellulare.

Si inizia un'interessante discussione sul caso alla quale prendono parte i proff. DE VECCHI, PICCHI, CAVINA e CAPPELLI.

Un nuovo caso di occlusione completa congenita dell'aorta in donna di 24 anni.

Prof. A. COSTA. — Dimostrazione di un esemplare di chiusura completa malformativa dell'aorta toracica in una donna di 54 anni, in rapporto alla inserzione del legamento arterioso. Concomitavano: 1) un aneurisma in corrispondenza dell'arteria omonima; 2) un aneurisma sacciforme a monte della chiusura; 3) un aneurisma sacciforme in corrispondenza della larga ectasia presente a valle della chiusura. Gravissima la dilatazione di tutti i rami delle arterie succlavie (in particolare dilatate le intercostali supreme e le mammarie interne) e delle prime intercostali aortiche attraverso le quali arterie si svolgeva il circolo collaterale. Il caso è chiarito da brevi cenni sulla classificazione e la patogenesi delle occlusioni malformative dell'aorta e sui relativi quadri anatomo-clinici. La morte è avvenuta nel caso speciale per embolismo della silviana, a causa di frammenti trombotici distaccatisi dai trombi presenti nell'aneurisma della anonima, con conseguente rammollimento bianco di tutto il centro semiovale di destra.

Resezione gastro-duodenale per ulcera duodenale posteriore.

Prof. G. CAVINA. — Una corretta diagnosi di natura e di sede dell'affezione morbosa fu posta prima dell'intervento in base al reperto radiologico (prof. Valenti), ad onta delle dimensioni assai piccole dell'ulcera annidata sulla parete posteriore del duodeno immediatamente al di sotto dell'anello pilorico. Presenta le radioscopie e il pezzo resecato.

I Segretari: L. PICCHI-P. NICCOLINI.

Società Italiana Fascista di Studi Scientifici sulla tubercolosi. Sezione di Roma.

Seduta del 26 marzo 1931.

Presidente: Prof. EUGENIO MORELLI.

Sulle modificazioni della funzione cardio-vascolare negli spostamenti del mediastino da pneumotorace.

MONALDI. — L'O. ha studiato insieme con osservazioni cliniche la funzione cardiovasale di 26 soggetti sottoposti a pneumotorace e presentanti spostamenti del mediastino. Ha preso in esame la pressione arteriosa, il potere di adattamento circolatorio ad esigenze diverse dell'organismo mediante prove statiche e prove dinamiche, il rapporto cardio-respiratorio di frequenza, il comportamento dello sfigmogramma, del cardiogramma e del flebogramma giugulare.

Attraverso molteplici osservazioni su 15 dei 26 soggetti esaminati ha riscontrato anomalie funzionali differenti speciali per quanto riguarda la pressione arteriosa, il potere di adattamento circolatorio e il comportamento del polso venoso. Tali squilibri con l'andar del tempo, pur rimanendo invariato il grado di spostamento del mediastino, si possono attenuare fino anche a scomparire completamente.

Dalla disamina dei risultati l'O. è portato a pensare che le alterazioni riscontrate siano prevalentemente dovute a perturbamenti della regolazione delle correnti circolatorie endotracheali e in qualche raro caso della libertà d'azione del miocardio.

MORELLI. — Discute con Monaldi circa la *patogenesi della dispnea* in un malato con pneumotorace ipoteso e spostamento mediastinico omolaterale, ritenendo che esso dipenda da un meccanismo analogo a quello della traumotopnea per ferite toraco-polmonari. La dispnea in questi casi è dovuta a fluttuazione mediastinica e quindi è di natura asfittica vera e propria e non d'origine cardiaca.

Osserva quindi che molti dei soggetti studiati avevano versamenti pleurici ciò che porta di per sè ad alterazioni cardiovasali, indipendentemente dal grado dello spostamento mediastinico. In pratica poi si può rilevare che esiste una grande variabilità da caso a caso per ciò che concerne « disturbi da spostamento del cuore e grandi vasi »; mentre alcuni malati ad es. con forte destrocardia non accusano alcun sintomo molesto, altri non tollerano minimi spostamenti.

È probabile quindi che in questi ultimi casi giochi notevolmente il fattore nervoso per una lesione o una eccitazione dei nervi pneumogastrico o simpatico. La reazione iposfigmica e tachicardica descritta da Monaldi non dipenderà allora da questa causa? Il quesito potrà essere risolto da tentativi terapeutici ad es. con oppiacei, che spesso agiscono favorevolmente.

Inoltre richiama l'attenzione dei presenti *sulla mancanza di disturbi cardiaci* nella maggioranza dei pneumotoraci ben riusciti e tecnicamente ben condotti; in essi non viene affatto disturbata l'azione cardiaca, nè l'attrazione del sangue venoso durante l'inspirazione dalle grandi vene del collo, nè si manifestano sintomi di scompenso del grande e piccolo circolo.

CERUTTI. — Chiede all'O. se ha tenuto conto negli spostamenti del mediastino da pneumotorace sinistro della disposizione del gas in rapporto al cuore stesso, poichè in certi casi esso si raccoglie nel cavo mediastinico circondando la punta del miocardio, ciò che dà origine al segno radiologico della « danza del cuore », e se in questi casi ultimi è maggiormente alterata la meccanica e funzionalità cardiovasale.

SIGNORELLI. — Riconosce la importanza degli spostamenti del mediastino.

Bisogna però distinguere gli spostamenti per attrazione o per repulsione sia verso sinistra, sia verso destra, perchè gli uni dànno sintomatologia differente dagli altri e mostrano anche un diverso comportamento dal punto di vista prognostico e terapeutico. In genere gli spostamenti per repulsione di destra verso sinistra sogliono dare disturbi rilevanti, così come gli spostamenti verso destra per attrazione. E ciò forse per compressione dei grossi tronchi venosi.

BAGLIONI. — Dichiara che le ricerche del Monaldi sono un primo saggio di una serie di ricerche sistematiche. Ammette egli pure il grande potere di adattamento dei malati portatori di pneumotorace agli spostamenti mediastinici.

MONALDI. — Rispondendo al prof. Morelli non esclude l'importanza dell'elemento nervoso il quale potrà essere chiarito con ulteriori indagini, tuttavia è portato ad ammettere anche per altre ricerche in corso che le interferenze della meccanica respiratoria negli spostamenti del mediastino hanno notevole importanza nel determinismo delle alterazioni della funzione circolatoria.

Rispondendo al prof. Signorelli, afferma che anche le ricerche condotte dall'O. sugli esiti del pneumotorace portano a concludere che negli spostamenti verso destra più facilmente resta compromessa la funzione della sezione destra del cuore.

Deviazione della lingua protrusa e spostamento controlaterale della laringe.

R. MOTTA. — L'O. richiama l'attenzione sulle deviazioni associate della lingua e della laringe. Queste si spiegano con il fatto che i due organi prendono punto d'appoggio sull'osso ioide.

Le cause che determinano uno squilibrio sulla statica e dinamica dell'osso ioide si ripercuotono sulla lingua e sulla laringe. In genere se lo ioide ruota verso destra la laringe devierà dallo stesso lato, la lingua sarà protrusa dal lato opposto (deviazione in senso rotatorio della lingua protrusa e della laringe).

Le cause possono aver sede all'altezza dell'osso ioide (tumefazioni, cicatrici, paresi e paralisi muscolari, ecc.) e a distanza (modificazioni della statica del tubo laringo-tracheale, ecc.).

Egli si riserva di riferire ampiamente sui casi clinici.

Sulla comunicazione di Motta domanda la parola LUZZATTO-FEGIZ:

Le inclinazioni e rotazioni della laringe, cui ha accennato l'O. e che costituirebbero il substrato anatomico delle deviazioni della lingua protrusa,

sono realmente molto frequenti negli infermi di tubercolosi pleuro-polmonare cronica. Esse seguono una regola ben determinata per cui, come l'O. ha constatato in numerose osservazioni attualmente in corso di pubblicazione, ai 2 tipi principali delle deviazioni tracheali e precisamente alle inclinazioni della trachea e alle deformazioni ad S o a baionetta del tubo tracheale stesso corrispondono delle particolari alterazioni dell'equilibrio statico della laringe. Al primo tipo (che si osserva in genere nelle forme fibro-retrattili basilari) corrisponde la rotazione del laringe, mentre nelle deformazioni ad S o a baionetta (proprie delle lesioni cirrotiche dei lobi superiori) la laringe appare inclinata sul suo piano orizzontale.

MORELLI. — Desidera vedere i malati di Motta e consiglia di estendere le ricerche.

Il Segretario: A. OMODEI-ZORINI.

Società Medico-Chirurgica Bellunese.

Seduta del 4 febbraio 1931.

Presidenza: Prof. G. PIERI, presidente.

Dott. V. TANFERNA. — *Le sostanze volatili dell'espettorato.* — Conferenza.

Microcefalia da sinostosi precoce curata chirurgicamente.

Prof. G. COLLE. — Presenta un malato undicenne notevolmente microcefalo per saldamento precoce delle suture craniche, affetto da emiparesi destra e tormentato da accessi epilettiformi (fino a 25 al giorno).

L'O. praticò recentemente in esso due interventi sul cranio (successivamente dai due lati) consistenti nel diastasamento da un ponte sagittale mediano, per ogni lato, di un grande lembo cutaneo-muscolo-periosteo-osseo esteso a quasi tutta la metà della volta cranica.

Le condizioni del paziente in seguito a tali interventi appaiono notevolmente migliorate.

Omotrapianto testicolare in un caso di ipertrofia prostatica.

Prof. G. PIERI. — L'O. presenta un paziente di 78 anni, ricoverato in Ospedale per ritenzione da ipertrofia prostatica. Venne eseguita immediatamente la cistostomia soprapubica. In attesa di procedere alla prostatectomia fu ripetutamente praticata la Ambard, che si dimostrò sempre molto alta (intorno a 0,140).

Tre mesi dopo l'ingresso in Ospedale si decise di praticare la operazione di Voronoff trapiantando due segmenti di un testicolo prelevato mezz'ora prima da un giovane paziente operato di emicastrazione per epididimite tubercolare.

La ricerca della costante di Ambard 20 giorni dopo la dimostrò discesa a 0,99; ma un nuovo esame dell'Ambard praticato 40 giorni dopo il trapianto la dimostrò risalita a 0,133, per cui si rinunziò alla prostatectomia.

Però si constatò un miglioramento evidente sia nelle condizioni generali del paziente come nella funzionalità vescicale: soppresso il sifone soprapubico, il malato ora, a circa 3 mesi dal trapianto, orina spontaneamente, ogni 2-3 ore, con orine limpide; la prostata si è ridotta di volume.

L'O. segnala il fatto per l'interesse che possa presentare, guardandosi da deduzioni di ordine clinico-terapeutico.

Simpatectomia periarteriosa nei dolori da emiplegia cerebrale.

Dott. G. BOMBI. — In due casi di emiplegia cerebrale che presentavano vivi dolori a livello degli arti del lato paralizzato, i quali si erano dimostrati ribelli a tutti i trattamenti, l'O. pensò di praticare la simpateotomia dell'arteria principale dell'arto.

In uno dei due pazienti, un uomo di 62 anni, emiplegico da poco più di un anno, in cui i dolori erano prevalenti all'arto superiore, si constatò dopo l'operazione un miglioramento notevole, che durò fino alla morte verificatasi circa un anno dopo.

Nel secondo paziente i dolori erano ugualmente intensi sia all'arto superiore come all'inferiore, e fu praticata successivamente la simpatectomia dell'omerale e della femorale; anche questo malato ebbe un miglioramento notevole, che fu controllato per alcuni mesi (in seguito il paziente fu perduto di vista).

L'O. non si nasconde come tali sue constatazioni mal si conciliino con le vigenti idee, secondo le quali i dolori degli emiplegici sono di origine centrale e verosimilmente talamica. Si limita quindi a registrare il fatto osservato, senza tentativi di interpretazione fisio-patologica.

Psicosi epilettica secondaria ad emorragia traumatica subdurale.

Dott. M. MANTOVANI ORSETTI. — In un giovane di 27 anni, che alcuni giorni prima era stato colpito al capo, durante il lavoro, da alcuni mattoni, erano comparsi nella notte, cefalea, febbre e stato stuporoso, per cui fu inviato in Ospedale con diagnosi di encefalite, diagnosi che pareva giustificata da vari sintomi accessori (rigidità nucale, Kernig, ecc.). Ma la puntura lombare, ripetuta in seguito altre due volte estrasse sempre liquor sanguinolento.

Sette giorni dopo l'inizio di questi sintomi si iniziarono attacchi del tipo nettamente epilettico, non jacksoniano (urlo iniziale, bava sanguinolenta) i quali si ripetettero frequentemente per tutta una settimana (36 accessi in tutto), poi cessarono nè più si ripetettero per tutto il periodo di osservazione successiva protrattasi ormai per 4 anni.

L'O. pensa che lo stato transitorio di psicosi epilettica abbia potuto esser determinato dal fatto che il fatto stravasato ha agito su tutta la corteccia come stimolo irritativo.

Il Segretario: G. LOCATELLI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Forme abortive di poliomielite e diagnosi precoce della malattia.

W. Wernstedt (*Kinderartzliche Praxis*, n. 1, 1931) osserva che le forme abortive di poliomielite sono una malattia lievissima per il paziente, hanno però importanza per la diffusione dell'infezione. Esse non sono affatto rare. Nella grande epidemia svedese del 1911 l'autore calcolò che i casi denunciati come abortivi rappresentavano il 23 % dei casi complessivi; questa cifra è certamente inferiore all'effettiva perchè la maggior parte dei casi abortivi è tanto lieve che il medico non viene neppure chiamato. I casi abortivi si manifestano con ogni genere di sintomi banali come affezioni catarrali del faringe, o disturbi gastro-intestinali. Che si tratti di forme abortive di poliomielite si può sospettare soltanto in periodi di epidemie, oppure se esistono casi tipici in famiglia; si dovranno allora ricercare con cura i sintomi irritativi a carico del sistema nervoso che caratterizzano di solito la poliomielite specialmente nei suoi stadi iniziali. I sintomi principali sono quelli meningitici. Per lo più si constata una evidente se anche non molto accentuata, rigidità della nuca. I pazienti avvertono dolori nella flessione del capo e nell'alzarsi a sedere, hanno positivi i sintomi del Brudzinsky e di Kernig-Lasègue. In alcuni casi esiste dolorabilità alla lieve pressione delle parti molli e a ogni leggero toccamento della cute. Il sensorio è perfettamente integro, anche quando sono spiccati i rimanenti sintomi meningitici. La pressione del liquor è aumentata, le reazioni albuminoidi sono positive, le cellule sono aumentate: di solito queste alterazioni sono lievi; esse possono però talvolta essere anche molto accentuate. In alcuni casi si hanno anche dolori spontanei, specialmente alle gambe. Un altro sintomo importante è la comparsa di fenomeni di atassia; essa si manifesta per lo più alle estremità inferiori ed è di tipo cerebellare. Una malattia febbrile breve, che lascia dietro a sè tali disturbi atassici si può di solito diagnosticare come poliomielite. Sono frequenti alterazioni dei riflessi tendinei, talvolta nel senso di una esagerazione, altre volte di un indebolimento.

R. Pollitzer.

Sindrome acuta di sezione trasversa totale del midollo spinale in una bambina congenitamente luetica.

G. De Toni e M. Scarzella (*Arch. Ital. di Dermat., Sifilogr. e Venereol.*, dicembre 1930) illustrano un caso clinico riguardante una bambina di 8 anni, affetta da lue verosimilmente congenita, in cui, in pieno benessere, si sviluppò senza febbre nello spazio di 24 ore il quadro di una paraplegia flaccida accompagnata da abolizione assoluta di tutte le sensibilità e da paralisi degli sfinteri. L'anestesia tattile, che in alto era sormontata da una sottile zona iperestesica, andava fino al territorio corrispondente al 5°-6° segmento dorsale. Si produssero in seguito escare imponenti, cistite, febbre settica e l'inferma venne a morte dopo poco più di 3 mesi dall'inizio della malattia, senza che ci fosse stato alcun segno di miglioramento.

Il complesso dei dati clinici e la positività della reazione di Wassermann nel sangue e nel liquor fecero porre la diagnosi clinica di paraplegia da mielite luetica.

L'esame isto-patologico permise di mettere in evidenza focolai necrotici e malacici multipli del midollo, a livello del 4°-5°-6° segmento dorsale; uno di questi aveva caratteri tali, da doverlo giudicare dovuto ad un rammollimento ischemico. Perciò, anche in considerazione dell'assenza di una vera e propria reazione infiammatoria, gli AA., pur non essendo riusciti a dimostrare lesione vasale, pensano che nel loro caso la mielodegenerazione si sia prodotta con meccanismo prevalentemente circolatorio e debba essere messa in connessione con la lue congenita.

L'interesse del caso sta sopratutto nel fatto che sindromi morbose e quadri anatomo-patologici di tal genere non sono stati ancora descritti nel bambino in connessione con la sifilide congenita.

C. Toscano.

Le gononevrosi.

Sulle affezioni del sistema nervoso dipendenti dalla blenorragia, richiama l'attenzione Toukowseky (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 aprile 1930).

Il quadro clinico è caratterizzato da dolori locali all'apparecchio genito-urinario, al perineo, alla regione lombare, ed anche lungo i nervi degli arti inferiori. Si hanno inoltre: cefalea, dolori generalizzati e vaghi, disturbi del sonno, costipazione, talora dolori anginoidi. Alcuni malati soffrono di stomaco e l'esame della prostata rivela una prostatite gonococcica ignorata. Il trattamento urologico dà spesso rapida guarigione.

L'emotività è aumentata, si delinea la tendenza all'ipocondria, accompagnata da fobie diverse. Come cause possono invocarsi: l'influenza della gonotossina sul sistema nervoso, i disturbi della funzione ormonica della prostata, i riflessi trasmessi dagli organi genito-urinari.

Il medico deve sopratutto tener presente che, curando l'uretrite, deve altresì rivolgere la sua attenzione allo stato generale, con parole di conforto e con la psicoterapia.

Sono inoltre da menzionarsi le nevralgie, le paraplegie, le emiplegie di origine blenorragica, provenienti spesso da mieliti o meningo-mieliti predominanti nella regione toraco-lombare. Si hanno anche nevriti periferiche e dei veri disturbi mentali (delirio acuto, mania acuta).

fil.

I postumi nervosi della rachianestesia: reperto di piccoli segni piramidali.

L'osservazione ha dimostrato che a malgrado la sua relativa benignità, la rachianestesia può dar luogo ad incidenti od accidenti:

1) immediati, il più spesso trascurabili; qualche rara volta mortali. Questi casi di morte sono attribuiti specialmente allo stato anteriore del soggetto e tendono a farsi sempre più rari con la precisazione delle indicazioni e controindicazioni. Più comuni sono gli accidenti lievi vasomotori, secretori, con sudore, pallore, di natura simpatica.

2) accidenti secondari, postoperatori. Cefalee, rachialgie, paralisi passeggere, dei nervi motori dell'occhio, qualche rara volta emiplegie.

3) accidenti tardivi; disturbi sfinterici, alterazioni sensitive o motorie degli arti inferiori.

Albo e Pla (*Revue sud-amér. de médic. et chir.*, 1930, n. 9) hanno ricercato in numerosi rachianestetizzati, che camminavano facilmente, che non si lamentavano di alcun disturbo motore o sensitivo, i piccoli segni rivelatori di una residua lesione midollare. Nell'articolo in oggetto pubblicano i risultati della prima serie di osservazioni cliniche, dalle quali risulta che contrariamente all'opinione di molti autori, possono esistere degli accidenti nervosi persistenti mesi ed anni dopo la rachianestesia. Questi accidenti potrebbero chiamarsi:

1) accidenti apparenti: sindromi nervose franche (paraplegia spastica-monoplegia crururale-sindrome di Brown-Séquard);

2) accidenti nascosti: piccoli segni nervosi degli arti inferiori uni o bilaterali, non disturbanti il malato; sono segni rivelabili al primo esame, come il Babinski, l'Oppenheim, l'esagerazione dei riflessi tendinei, clono del piede, della rotula. Esistono poi segni che si mettono in evidenza in occasione di sforzi: sindrome di claudicazione intermittente.

Accanto a questi casi moltissimi ne esistono nei quali nulla si mette in evidenza.

Anche l'esame del liquor porta a concludere che dopo la rachianestesia si hanno reazioni meningee asettiche dovute al liquido anestetico. La sostanza può agire sia provocando reazioni congestizie, sia vere meningiti acute. Il tossico agisce non solo sulle meningi, ma forse anche sul midollo.

MONTELEONE.

Paralisi del circonflesso dopo sieroterapia antidifterica.

Ne riferiscono un caso Roger, Mattei e Baillas (*Marseille Méd.*, dicembre 1930), avutosi in una ragazza di 16 anni, la quale, ammalatasi di angina non difterica, ricevette una iniezione di 60 cmc. di siero antidifterico a scopo precauzionale, infierendo in quel periodo un'epidemia dell'infezione.

Dopo qualche giorno, sopravvennero orticaria e dolori muscolari localizzati sopratutto all'arto superiore e alla spalla sinistra, ove persistettero a lungo, seguiti poi da paralisi dei movimenti di abduzione ed elevazione del braccio.

L'esame clinico assodò trattarsi di una paralisi quasi completa del deltoide, con ipoestesia nella regione del circonflesso, e, meno marcata, nel territorio del radiale al polso.

Tale paralisi rientrerebbe nel quadro delle forme da sieroterapia, ben studiate recentemente, specie nel tetano, con predilezione per la radice dell'arto superiore.

I casi analoghi della letteratura medica sarebbero tuttavia assai scarsi.

M. FABERI.

Cura della meningite meningococcica colla puntura della cisterna.

T. Goldman e A. G. Bower (*The Amer. Journ. of the Medic. Sciences*, marzo 1931) riferiscono su 50 casi di meningite meningococcica curati coll'introduzione di siero antimeningococcico per la cisterna, contrapponendoli a 48 casi della stessa malattia in cui la sieroterapia fu fatta per via lombare. Essi usarono la solita tecnica nota a tutti per praticare la puntura della cisterna, però modificarono il diametro dell'ago prendendone uno più grosso quando il liquor era fortemente purulento. Nei 48 malati trattati colla puntura lombare si ebbe nel 25 % una maggiore permanenza in ospedale che nei casi curati per la via della cisterna. Nei curati con puntura lombare si ebbe mortalità molto più elevata che in quelli curati colla puntura della cisterna (58,3 % nei primi contro 22 % nei secondi). La terapia per la cisterna magna, che gli autori ora praticano sistematicamente, permette di non temere più il blocco del cavo rachideo nel suo tratto spinale che è frequente nelle meningiti purulente. Essi si servono di questa

via anche per la cura del tetano, della poliomielite e persino la preferiscono alla lombare nelle punture fatte a scopo diagnostico.

R. LUSENA.

Nevralgia del trigemino e sua cura.

W. Harris (*The Lancet*, 14 marzo 1931) osserva che la nevralgia del trigemino è rarissima nei ragazzi (ci sono casi a 12 anni) e predilige l'età media. Essa non è in rapporto col clima (si ha in climi caldi e freddi). Le emozioni violente possono provocare l'insorgere del dolore o farlo cessare. Il dolore può anche insorgere dopo esposizione della faccia al vento freddo, dopo uno schiaffo o dopo estrazione di un dente o un ascesso antrale.

Si ha questa nevralgia più spesso nelle donne che negli uomini. Si può associare alla sclerosi disseminata, allo spasmo clonico facciale. In alcuni casi si riscontra l'eredità della malattia.

Il dolore è a volte puntorio, a volte urente; è per lo più parossistico e i parossismi possono durare anche 20'. Negli intervalli fra le crisi il malato può avvertire solo un'iperestesia della faccia, accompagnata qualche volta da arrossamento e da modico gonfiore. Durante gli attacchi si ha spesso salivazione. L'attacco può cominciare durante i movimenti fatti per mangiare o per parlare. Dopo alcune settimane di crisi parossistiche, si può avere una diminuzione graduale delle crisi dolorose (e anche del dolore che qualche volta persiste moderato fra una crisi e l'altra) fino alla scomparsa completa per qualche tempo.

La cura dipende dall'intensità del dolore. Se questo è modico e non intralcia la vita del malato possono bastare il calore, la ionizzazione e i comuni analgesici e gelsemina. La morfina, l'eroina e la cocaina devono essere completamente evitate. Se non si ottiene nessun miglioramento con questi metodi, si ricorrerà o alla resezione della radice sensitiva del ganglio di Gasser o all'alcoolizzazione del tronco del nervo. Questo secondo metodo è preferibile prima di fare l'operazione; esso può dare una tregua di due anni alle crisi dolorose. È bene far precedere l'iniezione nel tronco nervoso da iniezione di morfina con ioscina.

L'A. ha curato coll'iniezione di alcool 1100 casi di nevralgia del trigemino. Il blocco con alcool del ganglio dà risultati più duraturi del blocco del tronco nervoso.

R. LUSENA.

Iniezione epidurale intrasacrale nella cura della sciatica.

Evans (*The Lancet*, 6 dicembre 1930) ha studiato 40 casi di sciatica così detta idiopatica. In tutti i casi non ottenne alcun risultato dalla somministrazione di medicinali per via orale o per applicazione esterna. In alcuni casi furono tentate altre cure senza successo e precisamente: massaggio, ionizzazione, elettroterapia, bagni caldi, stiramento del nervo in anestesia generale, iniezioni di ossigeno lungo il decorso del nervo.

Essi fecero la cura coll'iniezione epidurale in questi quaranta casi, iniettando quantità di liquido oscillante fra 60 cc. e 145 cc. (in media 98 cc.) Furon fatte 47 iniezioni (in 7 casi l'iniezione fu fatta due volte). In 6 casi fu adoperata soluzione fisiologica, in 17 casi novocaina all'1%, in 3 casi novocaina al 3 % e in 21 casi soluzione di novocaina all'1 % seguita da soluzione fisiologica.

I risultati, che sono indipendenti dalla qualità del liquido adoperato, sono stati i seguenti: guarigione in 22 casi (61,1 %), miglioramento in 5 (13,9 %), nessun miglioramento in 14 (25 %).

Secondo l'A. il meccanismo con cui agisce l'iniezione epidurale è quello dello stiramento del nervo; egli basa quest'affermazione sui seguenti fatti: molti malati avvertono dolore lungo lo sciatico durante l'iniezione; l'efficacia della cura è indipendente dalla presenza nel liquido di sostanze anestetiche; sul cadavere si vide lo stiramento delle radici durante l'iniezione.

R. LUSENA.

Il trattamento tio-crisoterapico delle poliartriti croniche.

Diamo qui alcuni particolari sul trattamento con l'allocrisina, di cui ci siamo già occupati (N. 12, del 23 marzo c. a.). J. Forestier (*Bull. Soc. méd. hôp. Paris*, anno 46, n. 61) aveva già comunicato alla stessa Società, nel 1929, i primi risultati ottenuti con questo sale organico (tiopropanol-solfonato doppio di oro e di sodio) e ritorna sull'argomento osservando che l'uso di tale medicamento permette di mantenere l'individuo in stato di saturazione medicamentosa durante parecchi mesi ed anche per degli anni. È però necessario iniziare la cura al più presto prima che si siano prodotte delle lesioni irreparabili.

Il trattamento va iniziato con iniezioni endomuscolari da 5 cg., ad una settimana d'intervallo. Se il medicamento è ben tollerato, si sale a 10 cg. ebdomadari fino ad un totale di g. 1-1,5 in 12-18 iniezioni.

Lasciare un intervallo non maggiore di 6 settimane e riprendere la serie. In seguito, se vi è un miglioramento notevole, si faranno iniezioni di 5-10 cg. ogni 10 giorni per un totale di 10-15 per ogni serie, lasciando, fra l'una e l'altra, un intervallo libero di 2-3 mesi.

Se si osservano inconvenienti, interrompere subito le iniezioni. Si tenga presente che, probabilmente, i prodotti di tal genere subiscono un accumulo nell'organismo e va quindi evitata ogni ulteriore somministrazione.

Gli incidenti della cura sono: cutanei (eritemi fugaci od eritrodermie), mucosi (erosioni alla bocca od alle labbra), focali. L'A., su 48 casi, li ha osservati soltanto in 16, di cui 11 del tutto leggeri e 5 più serii (ulcerazioni boccali con formazione di croste od eritrodermia seguìta da desquamazione); in 2 di questi si ebbe eczema secondario abbastanza ostinato. Nella maggior parte di questi casi le dosi erano state forti o troppo spesso ripetute e, negli ultimi 2, la somministrazione del rimedio era continuata malgrado la comparsa di sintomi d'intolleranza.

L'A. conclude affermando che questo trattamento costituisce indubbiamente un progresso nella terapia tanto malagevole delle poliartriti croniche. *fil.*

MEDICINA SCIENTIFICA

I rapporti del diabete con le malattie delle vie biliari.

Molti fatti contrastano alla teoria dell'origine pancreatica del diabete. La ricerca macroscopica e microscopica eseguita nel pancreas di diabetici gravi e leggeri venuti a morte ha, da un lato, mostrato l'assenza di lesioni di tale organo, mentre, d'altro lato, gravi alterazioni pancreatiche non si accompagnarono in vita con sindrome diabetica, come pure la sua distruzione quasi completa negli animali da esperimento non è stata seguita da comparsa di diabete.

Più facile è invece la dimostrazione di un alterato ricambio degli idrati di carbonio nelle flogosi e nella necrosi del pancreas, studiando la curva glicemica dopo un sovraccarico di destrosio.

Numerosi sono poi i casi riportati nella letteratura di diabete secondario a malattie del fegato e delle vie biliari, decorrenti con simultanea e lieve pancreatite. In una percentuale alta di diabetici si ritroverebbero dunque, secondo certi autori, affezioni della cistifellea e delle vie biliari.

Tale percentuale sarebbe, nella casistica dell'Autore, del 23 %, e poichè nella metà dei casi compartecipavano anche alterazioni indubbie del fegato, egli esprime la sua convinzione che anche quest'organo abbia grande importanza nella patogenesi di molti diabeti.

I risultati terapeutici brillanti ottenuti spesso dopo l'intervento operatorio sulle vie biliari confermano tali vedute, sì che da alcuni è sostenuto il valore dell'operazione precoce in tutti i diabetici, nella cui anamnesi si ritrovino segni di lesioni a carico dei suddetti organi. M. FABERI.

Asfalto di petrolio (Erdölteer) e cirrosi del fegato.

F. Guccione (*Arch. it. An. e Ist. Pat.*, gennaio 1931) ha voluto controllare le esperienze di Leitmann, il quale in un lavoro pubblicato negli *Annali di Virchow* asserisce di aver riprodotto nei conigli una cirrosi epatica, analoga a quella umana, mediante pennellature con una miscela di una parte di asfalto di petrolio e due di toluolo.

L'A. usando la stessa miscela in conigli normali e smilzati non è riuscito a riprodurre le lesioni descritte da Leitmann: soli reperti identici gli infiltrati nel derma della cute e la degenerazione vacuolare del fegato e dei reni. Potè invece constatare lesioni degenerative e proliferative nel fegato, rene, milza, linfoghiandole, midollo osseo ed inoltre una linfocitosi relativa.

L'A. richiama l'attenzione sulle necrosi degli epiteli dei tubuli contorti del rene, sulla maggiore gravità delle lesioni nei conigli smilzati rispetto ai non smilzati, e incidentalmente sulla constatazione che con la miscela usata si ottiene la guarigione anatomica o comunque una sicura egressione delle lesioni da coccidi, eventualmente presenti nel fegato.

Pensa che la diversità dei risultati ottenuti debba attribuirsi alla diversa composizione dell'asfalto di petrolio impiegato per quanto appartenente alla stessa zona petrolifera di Bakù da dove proveniva quello impiegato da Leitmann. G. LA CAVA.

La composizione della bile nelle varie alimentazioni.

Un problema di grande interesse teorico e pratico è quello che riguarda gli eventuali rapporti che intercedono fra colesterina alimentare, colesterinemia e colesterinocolia. Le ricerche su tale argomento non sono nè numerose nè concordi, perchè mentre alcuni AA. negano qualunque rapporto fra colesterina introdotta, colesterinemia e colesterinocolia, altri tale rapporto sostengono.

G. Pennetti (*Riforma Medica*, ottobre 1930), avendo potuto studiare a lungo un uomo di 60 anni, calcolotico da oltre 10 anni e portatore da circa due anni di una fistola biliare, consecutiva a colecistotomia, ha ricercato le modificazioni indotte nella bile dalle varie alimentazioni. Gli esperimenti furono anche ripetuti in un cane nel quale l'A. aveva determinato una fistola biliare. Dalle ricerche risulta che sottoponendo il soggetto in esame, dopo 24 ore di digiuno, ad un'alimentazione

ricca di colesterina, si ha un aumento discreto della bile e dei sali biliari, un aumento notevole della colesterinemia ed un aumento scarso della colesterinocolia. Sottoponendo invece il soggetto ad una alimentazione proteica abbondante, si ha un aumento apprezzabile della quantità totale della bile, un aumento considerevole della colesterinocolia, mentre i sali biliari e la colesterinemia subiscono modificazioni poco apprezzabili.

Questi dati sperimentali dimostrano l'indipendenza che esiste fra colesterina introdotta, colesterinemia e colesterinocolia. Poichè dunque l'ipercolesterinemia non porta ad ipercolesterinocolia, il fegato non può essere ritenuto la via essenziale di escrezione della colesterina. Ugualmente inaccettabile è, in base agli esperimenti dell'A., l'asserita trasformazione della colesterina in acido colalico.

Di difficile interpretazione è la ipercolesterinocolia da sostanze proteiche; in ogni modo, poichè essa non si accompagna ad ipercolesterinemia non può ammettersi che sia consecutiva a mobilizzazione dagli organi di deposito, ma bisogna ritenerla di provenienza epatica senza potere, allo stato attuale, stabilire quale sia la sua vera origine.

Dal punto di vista pratico, se la ipercolesterinemia da lipoidi alimentari non si accompagna ad ipercolesterinocolia, appare non completamente giustificata l'eliminazione assoluta dall'alimentazione dei colelitisiaci di alcuni alimenti che contengono colesterina preformata, come le uova. C. TOSCANO.

VARIA.

A quali condizioni il medico diviene commerciante.

Si parla tanto in questi giorni di moralità ed onestà della professione medica, che giungono veramente opportuni i chiarimenti che E. Perrau (*Paris Médical*, 18 aprile 1931) espone sull'argomento.

Si chiama commerciante la persona la cui professione abituale è la speculazione su beni esteriori.

Si chiamano invece professioni liberali quelle che si basano esclusivamente sull'intelligenza senza preoccupazione di traffico sui beni esteriori; esse non sono quindi commerciali, nè lo divengono quando, per il loro esercizio, si è condotti a fare degli atti che di per sè sono commerciali quali, per esempio, la rivendita con beneficio di oggetti comprati con lo scopo di rivenderli: e ciò perchè l'atto accessorio (rivendita) segue la sorte dell'atto principale (professione liberale). Così non è commerciante il medico di campagna, il quale, in mancanza del farmacista vende ai *suoi* malati le medicine o anche dei prodotti igienici accessori; nè è commerciante il dentista che vende ai *suoi* clienti delle forniture dentarie o degli accessori per l'igiene della bocca, nè il medico che possedendo un gabinetto di meccanoterapia lo fa funzionare da un assistente con l'aiuto di un'infermiera.

Come riconoscere che un atto è l'accessorio di una professione liberale? Bisogna che questo atto, senza costituire di per sè solo l'esercizio normale, sia di utile complemento all'esercizio della professione. Quando invece il servizio o la fornitura cessa d'essere il complemento delle cure personali del medico, allora si viene ad avere l'atto commerciale. Così è del dentista che vende forniture dentarie ad ogni persona anche a quelle a cui non cura la bocca, così è di una clinica chirurgica o di una casa di salute in cui il chirurgo o medico proprietario non operi egli stesso da solo o con l'aiuto di medici che agiscono sotto la sua direzione. Si tratta in tal caso di speculazione su capitali o sul lavoro di altri, atto che è di per sè commerciale.

G. LA CAVA.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

P. RE. *Modificaciones de los aminoacidos de la sangre y de los tejados provocadas por las inieccciones de glicocola.* — Ass. Med. Argentina, Buenos Aires.

M. ESTIN e P. RE. *Consideraciones sobre lipomatosis simetrica.* — « La Ciencias », Buenos Aires.

C. DOMINGUEZ y R. C. BIZZOZERO. *Sindrome neuroanemico.* — El Dia Medico, Buenos Aires, 1930.

E. MAURIZIO. *Ueber « Pseudohämophilie bei Neugeboren ».* — Zentr. f. Gynäkologie, 1930.

M. R. CASTEX, J. MOLLARD e P. RE. *Diabetes grave por pancreatitis acuta.* — « La Ciencias », Buenos Ayres.

P. DE FAVENTO. *Malarioterapia della neurosifilide.* — Poligrafica Operai, Milano, 1929.

A. BENEDICENTI, PENDE, MANARA, GAVINA. *Sopra una nuova Chemioterapia antitubercolare.* — Zeits. f. Tub., 1930.

D. VIOLA. *Contributo statistico allo studio dei rapporti fra la misura della grande apertura delle braccia e quella della statura.* — Tip. Cooperativa, Pavia, 1930.

A. RANELLETTI. *Sulla questione della malaria infortunio.* — Rass. Prev. Sociale, Roma, 1930.

S. SAITTA. *Morfologia degli spazi intercostali in plati e stenolipi di regioni di montagna e litoranee.* — Tip. S. Bernardino, Siena, 1929.

S. SAITTA. *Interpretazione di opacità in radiografie della reg. frontale umana.* — L. Cappelli, Bologna, 1929.

U. BACCARANI. *Intorno al valore terapeutico della morfina sinergizzata Marfori.* — Rif. Medica, 1930.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.

CONTROVERSIE GIURIDICHE

XVIII. - Casi dubbi in rapporto alla riduzione del 12% degli stipendi ed emolumenti degli impiegati degli enti locali.

Il D. L. 20 novembre 1930 n. 1491 ha disposto così all'art. 3: « Sono ridotti in ragione del 12 % gli stipendi, i salari, le paghe, le retribuzioni ed in genere qualsiasi emolumento o competenza sia o pur no di carattere fisso o continuativo.... e di ogni altro personale di ruolo e non di ruolo anche operaio *in servizio* delle provincie, dei Comuni, delle istituzioni di assistenza e beneficienza e degli enti, istituti e aziende comprese quelle di trasporto in gestione diretta amministrate o mantenute col concorso delle provincie, dei Comuni e delle istituzioni di assistenza e beneficienza o dei relativi consorzi ».

Questa disposizione si riferisce a tutti gli impiegati e a tutti i salariati, anche fuori ruolo. Presuppone, però, che sia prestata opera *in servizio* di un ente locale, cioè alla dipendenza e nell'interesse di esso. È indifferente che la prestazione sia saltuaria, occasionale o isolata; ma è necessario che vi sia un certo vincolo di dipendenza e che l'opera sia prestata nell'interesse dell'ente.

La Circolare 5 dicembre 1930 n. 120650 ha dichiarato soggetta alla riduzione qualsiasi remunerazione di attività prestata, *nell'interesse* degli enti pubblici. Non sembra, però, che queste istruzioni abbiano voluto modificare gli effetti della disposizione, con interpretazione estensiva. Veramente la prestazione d'opera nell'interesse dell'amm.ne importa una situazione diversa e più ampia di quella che risulta dalla prestazione *in servizio* di essa; ma è da ritenere che la circolare non abbia voluto esprimere un concetto che modifichi quello della legge. In ogni modo, è decisiva questa. Si deve, quindi, concludere che è soggetta alla riduzione del 12 % qualsiasi rimunerazione corrisposta in rapporto ad opera, sia pure provvisoria, temporanea, occasionale, prestata in servizio dell'amministrazione. Questo nesso deve essere ben considerato, specialmente quando si debbano risolvere casi dubbi. Infatti, la circolare riconosce e dichiara espressamente che la riduzione non è applicabile in rapporto agli appaltatori, imprenditori ed assuntori di pubblici servizi, i quali svolgono un'attività nell'interesse dell'amministrazione ma non in servizio di essa.

Se un chirurgo è richiesto della sua opera ed esegue un'operazione in un ospedale, può anche darsi che agisca nello interesse dell'amministrazione, pur essendo la sua opera remunerata dalla persona assistita, ma non presta attività in servizio dell'ente. Se, invece, è chiamato e retribuito da esso, sia pure per prestazioni saltuarie, remunerate in base a tariffa, ogni singolo atto è prestato in servizio dell'ospedale e quindi il corrispettivo dovuto dall'ente è ridotto del 12 %.

La circolare chiarisce bene la causa e le finalità del decreto: « lo scopo del provvedimento è la diminuzione di tutto quanto, senza eccezioni di sorta, possa spettare ai *personali cui* si riferisce, *per tale qualità,* e che non costituisca esclusiva rifusione di spese ammesse al rimborso su presentazione dei documenti. « Personale » cioè impiegati o salariati che comunque prestino opera in servizio dell'amministrazione e siano da essa rimunerati.

Si considerino ora alcuni casi dubbi.

A) Indennità per mezzi di trasporto (così detta indennità di cavalcatura).

È da ritenere che sia soggetta alla riduzione del 12 per cento pur avendo scopo e destinazione di rimborso stabilito a forfait. Poichè la legge presuppone che il costo sia diminuito la indennità deve essere ridotta. Diverso invece è il caso del rimborso delle spese giustificate da documenti: in questa ipotesi, la spesa è quella *effettiva,* e non si può fare la ipotesi di una modificazione dipendente dalle condizioni generali.

B) Compensi per ispezioni, certificati ed attestati richiesti *nell'esclusivo interesse privato.*

Queste prestazioni, pur avendo nessi col rapporto d'impiego, non sono remunerate dall'amministrazione. Il compenso è dovuto dal privato, per un servizio prestato nell'esclusivo interesse di esso; è, quindi, da ritenere che non sia soggetto a riduzione, salve disposizioni speciali validamente emanate dagli organi che sono competenti a regolare questo servizio approvandone le relative tariffe.

C) Sussidi attribuiti dai Comuni per determinate attività: per es., esercizio di farmacie. La ipotesi è questa: non vi è un rapporto di dipendenza dal Comune; il titolare della farmacia agisce con autonomia, per un'autorizzazione *sua;* il Comune assegna un sussidio. In questo caso, non sembra che la riduzione sia applicabile, perchè il farmacista non presta opera *in servizio* del Comune. Il sussidio non gli è assegnato a titolo di remunerazione ma è diretto a rendere possibile e conveniente l'esercizio della farmacia che altrimenti non darebbe reddito sufficiente.

D) Una quistione molto più importante e delicata si è presentata in rapporto al *personale ospedaliero.* Prescindendo da casi particolari e da circostanze speciali, che possano eventualmente influire sulla risoluzione concreta, è ora da considerare, da un punto di vista di massima, la ipotesi più frequente. Pongasi che il chirurgo dell'Ospedale abbia

l'obbligo di prestare assistenza gratuita ai ricoverati poveri e, per questa sua attività, che è oggetto del rapporto d'impiego, abbia diritto ad un determinato stipendio.

Questo è certamente soggetto a riduzione. Ma nell'Ospedale sono anche ricoverate persone abbienti, le quali retribuiscono la prestazione del chirurgo e dell'ospedale. Questo corrispettivo è dovuto per l'assistenza professionale e in parte per il rimborso delle spese dell'Ospedale, e, in genere, per la prestazione di esso. Le due quote, che rappresentano tutto l'onere del privato abbiente, sono talvolta anche praticamente distinte e separate: la somma X appartiene al chirurgo e agli assistenti per la loro prestazione d'opera; la somma X è dovuta per diaria. Altre volte è pagato all'ente un corrispettivo globale che spetta, secondo determinate proporzioni, al chirurgo e all'amm.ne ospedaliera. Identica è la situazione dei medici, degli specialisti, che abbiano rapporti di questa natura.

Quesiti: è soggetto a riduzione il corrispettivo integrale, pagato dal privato abbiente? Può essere invece ridotta soltanto la quota dovuta al sanitario? Del risultato della riduzione si avvantaggia il privato o l'amministrazione ospedaliera?

In alcuni casi a noi noti, le amministrazioni interessate hanno adottato la terza risoluzione: cioè, hanno preteso di ridurre soltanto la quota dovuta al sanitario ma a beneficio dell'ente e non dell'obbligato al pagamento.

Certamente, influiscono molto sulla risoluzione dei singoli casi le norme concrete e particolari.

Ma un orientamento di massima è possibile. È da riconoscere subito che la quistione è dubbia e delicata. Sembra però che, considerato lo scopo del D. L. 20 novembre 1930 n. 1491, siano soggette a riduzione, per effetto di esso, le renumerazioni che con qualsiasi forma sono dovute dagli enti. Se un privato abbiente chiede assistenza all'Ospedale e per questa prestazione è obbligato a retribuire col suo patrimonio l'opera del sanitario e la prestazione dell'Ospedale, non sembra che si verifichi la condizione prevista agli effetti della riduzione, cioè quella del pagamento di un corrispettivo a carico dell'ente. La relazione di fatto e giuridica è certamente complessa e la prestazione del sanitario non è senza nessi col rapporto d'impiego; ma, poichè il provvedimento legislativo è diretto a ridurre qualsiasi controprestazione che sia pagata dall'amministrazione e quindi sia a carico effettivo di essa, non si può ritenere che sia soggetta allo stesso trattamento la retribuzione che il privato paga al sanitario e all'amministrazione.

È indifferente che il pagamento sia fatto dal privato all'amministrazione e questa poi ripartisca la somma secondo norme prestabilite: questo è, in sostanza, un servizio di cassa; ma, effettivamente, il pagamento è fatto dal privato per causa di retribuzione dell'opera del sanitario e *con destinazione ad esso*, per quantità determinata.

Considerata la finalità generale che il governo si è proposta, si può comprendere una modificazione delle tariffe, anche con lo effetto della riduzione delle quote dovute al sanitario dai privati; in tal caso, però, la modificazione deriva da un atto dell'amministrazione e deve essere deliberata ed approvata dagli organi competenti. Il risultato di essa ha lo effetto di ridurre l'onere del privato, in relazione al minor costo. Un provvedimento di questa natura potrebbe essere anche opportuno, in certi casi.

Ma, indipendentemente da questa modificazione, non sembra che, per effetto diretto ed immediato del decreto legge 20 novembre 1930 n. 1441 si debbano intendere ridotte le remunerazioni pagate da privati.

Se così non fosse, potrebbe, se mai, essere ridotta tutta la controprestazione. Se, per es., il 40 % della somma pagata dal privato spetta al sanitario e il 60 all'ospedale, deve essere ridotta la controprestazione totale (da 100 a 88) con effetto di diminuzione dell'onere dell'obbligato. La somma risultante dalla riduzione sarà poi distribuita nelle proporzioni del 40 e del 60 %. Non sembra, invece, ammissibile che rimanga invariata la controprestazione, sia ridotta del 12 % soltanto la quota dovuta al sanitario e del risultato si avvantaggi l'amministrazione.

Non è questa la finalità del decreto. Tale modificazione importerebbe una alterazione del rapporto tra il sanitario e l'amministrazione e un vantaggio di questa con danno del sanitario, che subisce la decurtazione, e del privato abbiente che, pur essendo diminuiti i costi, è obbligato a pagare la stessa somma che era prima dovuta in condizioni diverse.

Per giungere ad una diversa conclusione, che non sarebbe nè equa nè opportuna, si dovrebbe disarticolare il rapporto complesso e ritenere che il privato sia tenuto ad una controprestazione verso l'ospedale e poi questo, mentre assegna il compenso fisso (stipendio) al sanitario per la cura dei poveri, dà una remunerazione per l'assistenza agli abbienti, in rapporto alle singole prestazioni. Questa configurazione, giuridicamente possibile, non corrisponde però alla realtà effettiva: l'amministrazione non destina una parte del suo patrimonio per remunerare l'opera prestata dal chirurgo agli abbienti; obbliga invece questi a pagare la retribuzione e attribuisce a sè un rimborso di spese o un corrispettivo, per la *sua* prestazione.

La soluzione più corretta, anche dal punto di vista della equità, a noi sembra questa: revisione delle tariffe, qualora ne sia il caso, e riduzione dell'onere posto a carico del privato, salva ripartizione della somma risultante.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

La Sanità Pubblica in Italia nel 1929.

La Direzione Generale di Sanità ha messo ultimamente in distribuzione un grosso volume (1) che riferisce sullo stato sanitario del nostro Paese e dimostra con quanta attività e con quanta sagacia essa provvede alla difesa della salute pubblica in Italia.

Precedono alcune notizie sull'attività dei Laboratorii di Batteriologia, di Chimica e dell'Ufficio del Radio dipendenti dalla Direzione stessa; oltre ai consueti e numerosi esami, tali Laboratorii hanno pubblicato diversi studii e memorie di notevole interesse scientifico.

Per quanto riguarda lo stato sanitario dell'Italia nel 1929, sono da mettersi in rilievo i fatti seguenti: epidemia di influenza, in quasi tutte le provincie del Regno, con maggiore accentuazione nel primo quadrimestre; aumento delle manifestazioni di scarlattina, di difterite, di poliomielite anteriore acuta, di meningite cerebro-spinale, con la costituzione, in parecchi punti, di importanti focolai epidemici; persistenza della recrudescenza dell'epidemia malarica, già iniziatasi nel 1928.

Per effetto di queste condizioni, la mortalità generale ha avuto nel 1929 un lieve aumento, da 15,6 nel 1928 a 16,1; aumento che è quasi tutto a carico dell'eccezionale e diffusa epidemia di influenza, la quale, durante la stagione invernale, fu causa di gran numero di decessi, specialmente nei vecchi, nei bambini, negli individui tarati da precedenti affezioni morbose.

Ottime sono le condizioni dell'Italia per quanto riguarda il *vaiuolo*, di cui non si ebbero, nel 1929, che 6 denuncie con un solo caso accertato. Un lieve miglioramento ha dimostrato l'andamento dell'infezione tifoidea, che ha presentato il massimo nella Lombardia (18,4/10.000), mentre i minimi si sono avuti nell'Italia meridionale (3,1/10.000 nella Basilicata): media generale del Regno: 9,4. La manifestazione più grave fu quella della provincia di Teramo con un totale di 880 casi con 48 decessi, in 13 Comuni; per essa venne accertata l'origine idrica.

Fra i diversi *provvedimenti profilattici* sono da citarsi quelli riguardanti la difterite (diffusione della vaccinazione mediante l'anatossina di Ramon), la meningite cerebro-spinale epidemica (immunizzazione dei sani e delle persone esposte al contagio), la febbre tifoide (risanamenti, ospedalizzazione dei malati, vaccinazioni, clorurazione delle acque), ecc.

Notevole fu l'attività svolta per i *servizi antitubercolari*, mirante ad ottenere l'applicazione in pieno della legge 23 giugno 1927, n. 1276, interpetrandola a seconda delle varie modalità che scaturiscono dalle condizioni locali. A tale proposito, venne rivolta la massima attenzione al coordinamento della lotta mediante il Consorzio antitubercolare. Il numero totale degli assistiti salì, da 6068 (nel 1927), a 14.832 (nel 1928), a 19.327 (nel 1929). Importanti sono state anche le assistenze della Cassa Nazionale delle Assicurazioni sociali e quelle di altri Enti, che svolgono in questo senso la loro benefica opera; da rilevarsi fra questi la Croce Rossa Italiana, che nel 1928 spese, per assistenze antitubercolari e per le Colonie estive, lire 7,829.785 e, nel 1929, L. 8.336.779.

Uno sguardo alla tabella dell'Armamentario antitubercolare italiano fa vedere l'enorme slancio preso da queste provvidenze sociali nel 1929.

Grande attenzione venne rivolta altresì ai servizi per i *tumori maligni*. Lasciando impregiudicata la questione se l'aumento che si nota nella mortalità da questa malattia sia reale od apparente, è un fatto che i morti per tumori maligni raggiungono, in Italia, la cifra rilevante di 22.516 (nel 1926), tale da provare che si tratta di un importante problema di Sanità pubblica. La lotta si sta svolgendo nel senso di una diagnosi per quanto è possibile precoce e di un intervento sollecito; il contributo della Direzione generale di Sanità pubblica consiste soprattutto nel sussidiare e favorire l'azione dei centri sanitari per i tumori (attualmente in numero di 7) e nell'assegnazione di radio.

Per la lotta contro la *malaria*, un passo importante fu fatto con la costituzione dei Comitati antimalarici provinciali, che costituiscono un organo coordinatore per i servizi sanitari e profilattici come per i lavori di bonifica e di risanamento.

Diverse provvidenze si vennero attuando anche per le *malattie veneree*, fra le quali la blenorragia continuò la fase di lieve aumento e si ebbe altresì un lieve aumento nelle infezioni sifilitiche primarie.

Fra gli altri rami di attività menzioniamo i seguenti: *vigilanza sugli alimenti e bevande* (coltivazione e commercio dei molluschi eduli, produzione e commercio degli olii commestibili, spiriti); *denunzie degli aborti* (la vigilanza ha portato a denunciare all'autorità giudiziaria 577 medici e levatrici per procurato aborto e 73 medici per omessa denuncia al medico provinciale); *stupefacenti*: in 55 sequestri si repertarono circa 11 kg. di stupefacenti (l'esattezza dei reperti arriva fino al milligrammo, il che sembra eccessivo!); per quanto riguarda l'azione svolta nel campo internazionale, è ragione di compiacimento il rilevare che il principio tenacemente sostenuto dal nostro Paese, diretto a limitare la produzione dell'oppio, della morfina, dell'eroina e della cocaina ha finalmente trionfato.

---

(1) *Sui fatti e sui provvedimenti più importanti concernenti l'igiene e la sanità pubblica nell'anno 1929*. Relazione del direttore generale della Sanità Pubblica dott. B. FORNACIARI, al Consiglio Superiore di Sanità. Vol. in-4° di 475 pag. Ist. Poligrafico dello Stato, Roma, 1931.

Speciali agevolazioni vennero concesse ai Comuni per l'*esecuzione di opere igieniche*, per cui vennero concessi mutui e sussidii per circa 19.000.000.

Per quanto riguarda lo *stato sanitario del bestiame*, si ebbero alcuni episodii di afta epizootica in forma maligna e di carbonchio ematico, tutti efficacemente combattuti.

Di grande importanza è stata l'emanazione del *Regolamento sulla vigilanza igienica del latte*, per l'esecuzione del quale vennero diramate apposite istruzioni.

Negli Allegati sono riportate tutte le Disposizioni concernenti la Sanità pubblica emanate nel 1929 e le notizie statistiche riguardanti le malattie infettive, l'organizzazione antitubercolare ecc. Raccolta di dati e di notizie della massima importanza per chiunque si occupi di tali problemi.

fil.

Alla Società delle Nazioni.

La *Commissione preparatoria della Conferenza europea d'igiene rurale*, riunitasi su domanda del Governo spagnuolo, aveva deciso, nella Sessione dello scorso dicembre, di riunire *tre gruppi di Esperti*, per esaminare il problema sanitario, l'organizzazione dell'assistenza medica rurale, e l'organizzazione dei servizi igienici nelle regioni rurali.

Il secondo di questi gruppi, composto di specialisti in materia d'igiene amministrativa e di assicurazione sociale, si è riunito a Ginevra dal 9 al 12 marzo ed ha preparato un Rapporto sull'organizzazione dell'assistenza medica nei distretti rurali.

Gli Esperti hanno suggerito alcune misure, a loro avviso essenziali, per l'organizzazione di una assistenza medica efficace nelle campagne. Raccomandano anzitutto che il numero delle persone, con un medico a carico, non sia superiore a 2000. A loro avviso questa assistenza medica presuppone anche l'esistenza di un personale ausiliare qualificato tecnicamente, che comprenda una o più infermiere.

Gli Esperti chiedono che in ogni centro rurale l'ammalato possa trovare sul posto chi sia capace di prestargli le prime cure ed assicurare l'esecuzione delle prescrizioni mediche; e che le popolazioni rurali ed i medici siano in grado di poter utilizzare i servizi dei centri di diagnostica e di trattamento speciale.

Gli Esperti ritengono parimenti che l'assistenza medica rurale richieda facilità di ricovero in edifici adatti e all'uopo organizzati. Tali edifici non dovrebbero comprendere meno di due letti per ogni mille abitanti. Inoltre, dovrebbero costantemente trovarsi a disposizione degli ammalati e dei medici dei mezzi di comunicazione e di trasporto convenienti. Infine, l'assistenza medica rurale dovrebbe poter usufruire dei servizi di laboratori e poter fare appello ai medici specialisti.

Gli Esperti hanno tenuto a rilevare che per attuare una efficace assistenza medica rurale occorre la collaborazione delle pubbliche autorità dell'igiene e dell'assistenza, del corpo medico, delle istituzioni di assicurazione, dei servizi sanitari delle organizzazioni private. Essi ritengono che l'assicurazione sociale, se rivolta a tutti i lavoratori agricoli, permetta di conseguire, nelle migliori condizioni, un'assistenza rurale efficace. Tuttavia, nei paesi dove non esiste l'assicurazione contro le malattie, essi raccomandano un'assistenza medica gratuita razionale.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANCONA. — Per Paterno; scad. ore 18 del 20 giu.; L. 10.000 e 10 bienni di L. 300, oltre assegno 10 %, c.-v. e indenn. trasporto; età lim. 35 a. al 5 mag.; doc. a 3 mesi; tassa L. 50,10.

ASCOLI PICENO. *Ospedale C. e G. Mazzoni.* — Scad. 15 giu.; primario ostetrico direttore dell'Istituto Materno; L. 8000 e compartecipaz.; tassa lire 50,10; rivolgersi Congregaz. di Carità.

CAGLIARI. *Ammin. Prov.* — Scad. 8 giu.; direttore e coadiutore della Sez. med.-micrograf. del Laborat. Prov. d'Igiene e Profilassi; stipendi base L. 16.000 e L. 11.600, percentuali, ecc.; titoli ed esami. È vacante anche il posto di direttore della Sez. chimica.

CASTELLALTO (*Teramo*). — Scad. 30 giu.; L. 7040 e 5 quadrienni di L. 500, oltre L. 2110 cavalc.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

CAVRIGLIA (*Arezzo*). — Scad. 10 lug.; L. 9000 decurtate del 12 %, e 4 quadrienni dec.; c.-v.; età lim. 40 a.

CERRETO GUIDI (*Firenze*). — Scad. 19 lug.; per Gavena; L. 8500 e 8 trienni dec.; c.-v.; L. 1000 trasp.; il tutto decurtato 12 %; età lim. 30 a.; tassa L. 50,10.

CREMONA. *Amministrazione Ospedali Maggiore ed Ugolani Dati.* — Proroga al 31 luglio dei concorsi a medico aggiunto per Comparto di Medicina, medico-chirurgo aggiunto per Comparto di Chirurgia, medico aggiunto pel Comparto di Maternità, specialista del Reparto Oftalmico, cui spetta la qualifica di primario.

GROSCAVALLO (*Torino*). — Scad. 15 lug.; L. 7920 già ridotte, oltre L. 440 uff. san. e L. 264 alloggio.

MIRABELLO MONFERRATO (*Alessandria*). — Scad. 10 lug.; L. 6300, con le deduzioni prescritte, senza indennità mezzi di trasp.; tassa L. 50,10.

MOGADISCIO (*Eritrea*). *Ospedale Coloniale.* — Titolare del reparto europei e del reparto chirurgia con funzioni di direttore; L. 19.000 oltre L. 5200 serv. att., ridotti del 12 %, indennità coloniale e altri assegni; nom. sessennale, ma il 1° anno è considerato di prova; conferme; 10 anni di eserc. profess. (8 se in servizio coloniale) di cui 5 in reparti ospedalieri di chirurgia, con funzione di aiuto o di primo assistente; età lim. 45 a.; scad. 30 giu.; docum. al Ministero delle Colonie od alla Sede dei Governi coloniali.

NOVARA. *Ospedale Maggiore.* — Medico primario tisiologo; proroga 31 maggio.

RAMISETO (*Reggio Em.*). — A ore 17,30 del 30 lug.; età lim. 35 a. al 1° mag.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi; stip. L. 7040 e 5 quadrienni dec., ricostruzione carriera, L. 2640 indenn. categoria, lire 800 uff. san., L. 2640 se cavalc., L. 440 ambulat., c.-v.; serv. entro 15 gg.

ROCCA D'ARAZZO (*Alessandria*). — Scad. 31 lug.; L. 7000 e 4 quinquenni dec., oltre L. 1800 trasp.; età lim. 30-45 a.

Cambierebbe posto, Chirurgo Primario Ospedale cittadina Veneto, per motivi famiglia, con collega, nell'Italia Centrale, Liguria o dei dintorni di Roma. Scrivere al dott. E. Campanelli - Via Sistina 14, Roma.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

In esito al concorso per Primario Medico negli Ospedali Riuniti di Roma, testè espletato, sono risultati: 1° Prof. Antonio Sebastiani; 2° Prof. Ludovico Paterni; 3° Dott. Francesco Bignami; 4° Dott. Adolfo Branchini; 5° Prof. Tommaso Lucherini.

Esprimiamo le nostre vive congratulazioni agli eletti, quasi tutti valorosi collaboratori del « Policlinico ».

Il Senato Accademico della R. Università di Modena nella sua seduta del 9 maggio corrente ha conferito, anche per l'anno 1930, il premio « Riccardo Luzzatto » destinato ad un lavoro o complesso di lavori nel ramo della biochimica o della terapia sperimentale, al dott. prof. Giulio Bucciardi, aiuto dell'Istituto di Fisiologia sperimentale dell'Ateneo Modenese.

La Commissione aggiudicatrice ha constatato nella sua relazione che nel gruppo di lavori presentati dal prof. Bucciardi, riguardanti vari argomenti quali quelli sul diabete, sulla imbibizione del tessuto muscolare, sulla influenza delle sostanze lipoidolitiche nella colorazione dei tessuti animali, è notevole la padronanza della tecnica, la logica della interpretazione dei risultati qualche volta originali e sempre interessanti, e li ha perciò ritenuti degni di ampia lode e del premio messo a concorso.

S. M. il Re, su proposta di S. E. il Capo del Governo, ha conferito la commenda dell'Ordine della Corona d'Italia al dott. Guido Pilati, fondatore e presidente della Società Italiana Prodotti Schering di Milano. I nostri rallegramenti.

Per l'istituzione di un premio annuo presso la R. Università di Roma, da intitolarsi: "Fondazione Vittorio Ascoli"

Somma che si riporta dal N. 19 . .	L.	17.762 —
Prof. Tommaso Pontano (Roma) . .	»	200 —
Prof. Giuseppe Sabatini (Sassari) .	»	500 —
Prof. Pier Ludovico Bosellini (Roma)	»	50 —
Dott. Carmelo Maugeri (Acireale) .	»	100 —
Dott. Bruno Scazzocchio (Roma) . .	»	50 —
Dott. Egidio Petz (Pola)	»	50 —
	L.	18.712 —

Le sottoscrizioni si ricevono presso la Clinica Medica al Policlinico Umberto I, Roma; ovvero presso il nostro periodico, via Sistina 14, Roma.

NOTIZIE DIVERSE.

2° Congresso internazionale d'oto-rino-laringologia.

Avrà luogo a Madrid dal 27 al 30 settembre 1932, sotto la presidenza del prof. A.-C. Tapia. Temi: Otosclerosi; Ozena; Scleroma; Trattamento endoscopico; Trattamento dei tumori in oto-rino-laringologia per mezzo dei raggi penetranti. Relatori italiani sono: F. Lasagna, L. Torrini, A. Trimarchi. Indirizzare ogni richiesta di chiarimenti al segretario generale Dr. A. Fumagallo, Argensola 16-18, Madrid.

Queste decisioni, che furono prese prima che si verificassero gli attuali avvenimenti politici, potrebbero essere cambiate.

(Da « Paris Médical »).

1° Congresso internazionale di educazione fisica.

Si è tenuto a Venezia, nei locali dell'Ateneo Veneto, a partire dall'11 maggio, il primo Congresso internazionale degli amici dell'educazione fisica, sotto la presidenza del gen. Pirzio Biroli.

La seduta inaugurale ebbe luogo nella sala Napoleonica del Palazzo Reale, con l'intervento dell'on. Ricci, presidente onorario del Congresso.

3° Congresso italiano di anatomia.

Come abbiamo annunziato, la Società italiana di Anatomia terrà il suo terzo convegno — che segue a quelli di Bologna e di Firenze — a Palermo, dal 12 al 15 ottobre. Saranno trattate le seguenti relazioni: « Morfogenesi dei derivati dall'intestino branchiale » (A. C. Bruni, Parma); « Nuovi dati sull'istochimica, sulla morfologia e sull'istofisiologia dei lipoidi cellulari » (C. Ciaccio, Messina). Per informazioni e adesioni rivolgersi al prof. Emerico Luna, segretario della Società, direttore dell'Istituto anatomico della R. Università di Palermo.

31° Congresso francese di urologia.

Si adunerà a Parigi dal 6 al 10 ottobre, nel piccolo anfiteatro della Facoltà di Medicina. Tema in discussione: « L'acidosi renale » (Chabanier e Lobon-Onell). Per informazioni rivolgersi al segretario generale, O. Pasteau, avenue de Villars 13, Paris.

5° Congresso francese di oto-neuro-oftalmologia.

Le Società francesi di oto-neuro-oftalmologia terranno il loro 5° Congresso a Parigi dal 18 al 21 giugno, sotto la presidenza effettiva del prof. Velter. Tema in discussione: « Le sequele oto-neuro-oftalmologiche dell'encefalite epidemica »; relatori Portmann, Riser, Mériel, Téulierès e Beauvieux. Segretario generale è il Dr. A. Tournay, rue Saint-Nazare 81, Paris (IXe).

18° Congresso francese d'igiene.

La « Société de médecine publique et de génie sanitaire » organizza il congresso annuale d'igiene dal 12 al 15 ottobre, nei locali dell'Istituto Pasteur di Parigi, sotto la presidenza onoraria del ministro della salute e sotto la presidenza effettiva del dott. Lesage. Temi: « Protezione delle popolazioni civili contro i gas di combattimento »; « Igiene e igienisti nel quadro delle assicurazioni sociali ». Il dott. Dujarric de la Rivière terrà una conferenza sui servizi medici e igienici al Marocco. Iscrizioni presso il Dr. Dufaure. Annunzi di comunicazioni non oltre il 1° luglio, al Dr. R. Dujarric de la Rivière. Sede degli uffici: Institut Pasteur, rue Dutot 28, Paris (XVe).

L'Ospedale Vittorio Emanuele III di Teramo.

L'11 corr. venne inaugurato, dall'on. Acerbo, il nuovo Ospedale Civile di Teramo, consacrato al nome del nostro Sovrano. La cerimonia assunse particolare imponenza. Il Ministro rilevò che ormai anche nel campo dell'assistenza ospedaliera Teramo viene a porsi all'altezza delle consorelle d'Italia. Rivolse pure un saluto alla nascente Società medico-chirurgica degli Abruzzi, che è destinata ad assumere un compito culturale.

Venne anche inaugurato il Congresso medico regionale abruzzese, con discorsi del presidente della provincia, Flajani, del presidente della Società medico-chirurgica degli Abruzzi, prof. Gasparrini, e dell'on. prof. Morelli.

Nuovo ospedale a Reggio Emilia.

Il 17 corr. a Castelnuovo Monti è stato inaugurato con cerimonia solenne, il nuovo ospedale « Principe di Piemonte ». Sono intervenuti alla cerimonia il prefetto Miranda, moltissime autorità della Provincia, e il direttore dell'ospedale dott. Pasquale Marconi. Hanno parlato il delegato del Vescovo, don Ugolini, il commissario Prefettizio seniore Rabotti e, infine, salutato da vivissimi applausi, l'on. Raffaele Paolucci, medaglia d'oro.

Nuovo ospedale presso Tokio.

In questo mese viene ultimata la costruzione di un grande ospedale fatto costruire dal convento femminile Maria Francisco di Tokio, in Aoyagigahara, sobborgo della città. Le religiose appartengono alle nazionalità belga, francese, inglese, austriaca e giapponese. Attendono ora una squadra di religiose infermiere, che devono giungere da vari paesi d'Europa. La costruzione — progettata da un architetto svizzero — costa 300.000 yen (circa 3 milioni di lire it.).

Lotta contro la tubercolosi in Italia.

La Federazione Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi comunica che il Duce ha concesso una grande artistica medaglia d'oro, la quale riproduce nel *recto* la Scienza e la Pietà e nel *verso* il Fascio Littorio, da assegnarsi al Consorzio antitubercolare che si sarà più distinto per attività e che avrà conseguito migliori risultati.

Doni alle Croci Rosse.

Il Servizio della Difesa Nazionale del Dominio del Canadà ha donato alla Croce Rossa canadese tutti gli articoli di vestiario residuati dalla guerra, del valore complessivo di 250.000 dollari (circa 5 milioni di lire it.); verranno distribuiti agli indigenti.

Il principe Carlo di Svezia, fratello del re Gustavo, ha donato alla Croce Rossa Svedese, di cui è presidente da un quarantennio, la somma di 218.250 franchi, pari ad oltre un milione di lire it., raccolta per sottoscrizione nazionale e di cui gli era stato fatto omaggio, in occasione del suo 70° compleanno.

Un dono ad Agusto Murri.

Al prof. Augusto Murri è stato offerto, con una semplice ed intima cerimonia, un dono del Comune di Bologna — un'artistica riproduzione in bronzo della fontana del Netturo — a ricordo del 29° anniversario della sua nomina a cittadino onorario di Bologna. Intervennero alla cerimonia il podestà comm. Berardi, il vice-podestà e il sen. Dallolio, che era sindaco di Bologna all'epoca del conferimento. L'omaggio è stato accompagnato da brevi parole del podestà, il quale ha ricordato, fra l'altro, che il Comune di Bologna ha tre soli cittadini onorari: Augusto Murri, Benito Mussolini e Leandro Arpinati. La gentile cerimonia si chiudeva con un breve discorso del sen. Dallolio.

Onoranze al prof. Tansini.

Il prof. Iginio Tansini, clinico chirurgo di Pavia, al termine di questo anno scolastico lascerà la cattedra, per avere raggiunto i limiti di età. In tale occasione gli verranno tributate solenni onoranze, ad iniziativa di un Comitato, il quale intende anche fondare una borsa di perfezionamento in chirurgia presso l'Ateneo ticinese, intitolata al nome del Maestro. Le adesioni e le oblazioni vanno inviate, preferibilmente non oltre il 15 giugno, al prof. Edoardo Gioja, R. Clinica chirurgica, Pavia.

In onore di Hartmann.

Gli amici e gli allievi del prof. Hartmann si sono adunati all'Hôtel-Dieu di Parigi, per offrire all'insigne chirurgo una targhetta giubilare, quale attestato di ammirazione e di gratitudine.

La cerimonia ebbe carattere semplice ed intimo. Tra gli oratori furono Forgue e Cunéo, i quali lumeggiarono la magnifica figura di clinico, operatore, studioso e maestro, che offre un magnifico esempio di laboriosità e di rettitudine e che, sotto un'apparenza di severità, nasconde una bontà illimitata.

In onore di Lemaire.

Si è festeggiato a Lovanio il 30° anniversario dell'insegnamento del prof. Albert Lemaire, che ha coperto successivamente in quella Università le cattedre d'igiene, anatomia patologica, patologia interna ed ora occupa quella di clinica medica.

Alle onoranze sono accorse molte personalità scientifiche eminenti, tra cui Labbé e Weinberg da Parigi, Mouriquand e Arloing da Lione, Etienne da Nancy, Van den Bergh da Utrecht, ecc. Furono pronunziati vari discorsi, dai quali risulta sovratutto come Lemaire abbia ben compresa la grande missione dell'insegnante.

In memoria di Brachet.

Nel Belgio si sono costituiti due Comitati — uno d'onore e l'altro esecutivo — per commemorare l'anatomico Albert Brachet. Verrà istituito un premio triennale o quadriennale, per lavori d'embriologia, la quale dal Brachet venne specialmente coltivata; verrà apposto un medaglione nell'atrio dell'Istituto anatomico di Bruxelles, al quale il Brachet ha consacrato più di 25 anni della sua vita. Versamenti di almeno 100 franchi (50 per gli studenti) daranno diritto a una riproduzione del medaglione. Per i contributi rivolgersi ai signori Philippson, banchieri, rue de l'Industrie 44, Bruxelles.

Un medico letterato.

Il dott. Raymond Boissier, stomatologo degli ospedali di Parigi, ha conseguito il 16 maggio, alla Sorbona, il dottorato in lettere.

Responsabilità professionale.

Il Tribunale Civile di Nantes ha assolto nella maniera più ampia il dott. L. M. e gli Ospizi Civili, chiamati solidariamente in causa per la morte di un giovane addetto ad un serraglio, il quale era stato aggredito da un leone, riportandone dei morsi e delle unghiate a una gamba. Malgrado le cure, seguì morte da gangrena gassosa. L'accusa sosteneva che le cure erano state inidonee, dacchè si procedette ad una sutura immediata, senza escissioni e senza drenaggio; nè si tenne conto dei rapidi progressi del male e del gravissimo stato generale, decidendosi a togliere le suture solo quando il caso era divenuto disperato. Si chiedevano 60.000 franchi di danni. La sentenza è riportata e commentata in « Concours Médical » (Supplément documentaire), aprile 1931.

Infortuni professionali.

Il prof. A. Saccone, patologo presso gli ospedali Flower, Metropolitan e Columbus di New York, nel praticare un'autopsia innanzi agli studenti, ebbe a ferirsi una mano, riportando un'infezione cadaverica assai grave, che si estese al braccio, determinandovi un vasto flemmone, di natura streptococcica. I colleghi hanno gareggiato nelle cure, ottenendo la guarigione e il ripristino anatomico e funzionale.

Una protesta di Hindenburg.

I promotori del metodo Friedmann per la cura della tubercolosi (con bacilli tubercolari resi avirulenti attraverso le tartarughe) hanno costituito una Federazione tedesca dei malati di tubercolosi, di cui è organo il giornale « Sonne » (Il sole). Da qualche tempo il periodico recava la dicitura: « Sovvenzionato dal presidente del Reich, von Hindenburg ».

Ora l'ufficio di presidenza del Reich ha diffuso un comunicato, nel quale informa che Hindenburg si era limitato a dare, del proprio, 50 marchi alla Federazione suddetta, analogamente a ciò che ha praticato per altre associazioni d'igiene e sanità. Non si deve dunque parlare di sovvenzione e la dicitura suddetta non risponde alla verità. La Federazione ha promesso di sopprimerla.

Internamento arbitrario.

La Corte d'Appello di Grenoble si è pronunziata in una causa che il comandante di marina Orcel aveva intentato, in seguito al suo internamento in una casa di salute, contro il dott. Thilly, il quale rilasciò il certificato medico per l'internamento, e contro il dott. Courjon, direttore della casa di salute.

Egli chiedeva solidariamente, ai due sanitari, la somma di 400.000 franchi per danni e interessi.

La sentenza contiene apprezzamenti molto severi contro la moglie dell'Orcel, la quale architettò ed eseguì la macchinazione; riconosce che l'onorabilità del dott. Thilly non può essere posta in dubbio, ma aggiunge che egli agì con leggerezza e lo condanna a 8000 franchi di danni-interessi; assolve il dott. Courjon.

La sentenza fa anche notare le lacune della legge vigente in Francia sugli alienati, legge che risale al 1838.

(Da « Bruxelles-Méd. », 10 mag .1931).

Per la limitazione delle nascite in Germania.

Si è costituito in Germania un Ufficio centrale per la limitazione delle nascite, allo scopo di coordinare l'attività di tutte le organizzazioni, associazioni e società che s'interessano al problema. L'Ufficio si metterà in rapporto con le organizzazioni similari straniere. Vi hanno aderito numerose istituzioni, tra cui il Comitato tedesco della Società internazionale per gli studi sulla sessualità.

La fine di una spedizione medica.

Una spedizione americana organizzata dal dott. Torrance per studiare nel Congo belga la malattia del sonno, è perita a causa delle inondazioni.

È morto a 71 anni in Roma il prof. ALESSANDRO REGNOLI, reputatissimo ostetrico, a lungo primario nell'Ospedale di San Giovanni.

Per incarico del nostro Governo, diresse una missione sanitaria nell'Afganistan, ove, con un seguito di molti medici ed un personale tecnico al completo, impiantò i primi moderni ospedali; scoppiata la rivoluzione, rimase a lungo al suo posto, con tutto il personale, prodigandosi a soccorrere i feriti, senza distinzione di parti; ma poi gli avvenimenti precipitarono ed egli a bordo di un aeroplano inglese venne trasportato a Bombay, donde tornò in patria.

Da tempo viveva appartato. M.

Si è spento il dott. ROMANO TONIN, ex-primario medico dell'Ospedale Italiano al Cairo, valente professionista, insignito di alte onorificenze dell'Italia e dell'Egitto.

M. C.

In età di 52 anni è morto a Montpellier il dott. EUGÈNE DERRIEN, professore di chimica biologica e medica. Lascia importanti lavori su molti soggetti: metaemoglobina, porfirine, indolo e suoi derivati biologici, chimismo emo-meningeo, eliminazioni azotate, acidosi, reazioni degli acidi biliari e degli zuccheri, vari procedimenti di chimica analitica e tossicologica, tra cui uno per la diagnosi d'ittero simulato dall'acido picrico. Il suo nome rimarrà legato specialmente al « rapporto Derrien » (rapporto tra azoto formolo e azoto ipobromito). Aveva una cultura vastissima.

A. P.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Practitioner, gen. — Numero sulle affezioni comuni.

Paris Méd., 3 gen. — Num. sulla tbc.

Brit. Med. Journ., 3 gen. — H. S. Souttar. Il radium a servizio della chirurgia.

Arch. f. Sch.- u. Trop.-Hyg., gen. — H. Schneider. Patogenicità delle lamblie e tricomonadi nell'infanzia e terapia. — H. Schneider. Metodi italiani di lotta antimal.

Mediz. Klinik, 2 gen. — M. Hahn. L'igiene delle grandi città.

Revue Neurol., dic. — A. Thénevard. Le riacutizzazioni nei parkinsoniani.

Sang., 6. — P. Émile-Weil e R. Cahen. Le policitemie pre-bacillari. — E. Joltran. Il sangue negli chocs.

Rev. Méd. Lat.-Amer., ott. — H. Chabanier e C. Lobo Onell. Esploraz. funzion. del rene col met. Volhard. — J. Malet. Compressione midollare.

Brit. Med. Journ., 10 gen. — R. Philip. Nuove orientazioni in tisiologia.

Lancet, 10 gen. — L. G. Paterson. Il morbo celiaco.

Riv. Ital. di Gin., nov. — S. Scaglione. Ormone follicolare e ovaio. — L. Molinengo. Reaz. di Brouha e Simonnet per la diagn. prec. di gravidanza.

Deut. Med. Woch., 9 gen. — Ewig. Diatermoterapia delle infezioni renali. — Hoffelder. Influenza dei progressi della roentgenterapia sul pensiero e sulla pratica della medicina.

Rif. Med., 5 gen. — H. Vignes. Asma e gestaz.

Journ. de Méd. de Paris, 8 gen. — V. Pauchet. Trattam. pre-operat.

Journ. A. M. A., 27 dic. — C. O. Sappington e N. D. Marlaker. Il medico industriale e il pratico generale.

Surg., Gyn. a. Obst., gen. — C. A. Hellwig. Costituzione di Graves. — E. Andrews. Le cause della morte nell'autolisi epat.

Riforma Med., 12 gen. — C. Ceni. Geno-cutireazione nelle psico-neurosi.

Zbl. f. Chir., 17 gen. — W. König. Genesi della trombosi. — E. Melchior. Idrope delle vie biliari.

British Med. Journ., 17 gen. — W. Russell Brain. Zoster, varicella ed encefalite.

Wien. Klin. Woch., 16 gen. — Eppinger. Lo shock post-operativo.

Indice alfabetico per materie.

V. Ascoli †, Red. capo. A. Pozzi, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXVIII Roma, 1 Giugno 1931 - IX Num. 22

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI †

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVICO « REGINA ELENA » - TRIESTE.
TERZA DIVISIONE MEDICA
diretta dal primario prof. dott. GUIDO MANN.

Su di una varietà rara di sindrome eccitomotoria postencefalitica

per i dottori
MARINO GOPCEVICH e VITTORIO ROMANIN (*).

L'encefalite letargica con le sue manifestazioni tardive ha creato una grande varietà di sindromi neurologiche di cui la letteratura medica ne è estremamente ricca. La conoscenza di queste sindromi non presenta solamente un'importanza pratica per poter stabilire la diagnosi eziologica e tentare una terapia razionale, ma anche una notevole importanza nosologica: difatti, mediante la nozione della neuro-infezione, viene ad essere illuminata la patogenesi di tutta una serie di disturbi nervosi, che — tolta dal capitolo dei disturbi funzionali o delle cosidette neurosi — può essere iscritta nel capitolo delle affezioni organiche del sistema nervoso.

Da questo punto di vista si tratta più particolarmente di esiti eccito-motori dell'encefalite letargica, quindi di fenomeni motori involontari. Non ci è possibile enumerare tutti questi fenomeni, sia che appartengano al tipo di tic, sia di spasmo; ci basterà ricordare le crisi di oculotorsione, il tic respiratorio, il torcicollo, il crampo degli scrivani, certe discinesie, gli spasmi di torsione, ecc..., che in merito alle ricerche di tutta una serie di autori, che ora, per brevità, non possiamo menzionare, furono messi in rapporto con l'encefalite letargica, indicando così l'origine organica di questi disturbi.

Questi fatti sintomatici, che venivano a proiettare una nuova luce sulla patogenesi di questo tipo di fenomeni, hanno provocato una revisione del concetto sull'origine psicogena di certi movimenti involontari e delle ricerche sulla localizzazione delle lesioni causali. Ricorderemo a questo proposito i lavori di A. Thomas e Long Landry, di F. Lotmar, di Bing, le di cui pubblicazioni contengono del resto una completa bibliografia di questo problema.

(*) Il presente lavoro venne eseguito in parti eguali dai due AA.

Il fatto però che l'encefalite letargica può essere la causa di queste differenti varietà di movimenti involontari, non deve, naturalmente, far cadere nell'errore di attribuire a questa affezione tutte queste varietà di disturbi motori nervosi. Ed è appunto per questa ragione che un argomento importantissimo in favore della natura organica di questi fenomeni nervosi è fornito dalla nozione del tic o spasmo postencefalitico o dalla constatazione di una sindrome parkinsoniana concomitante.

In questo articolo desideriamo descrivere un caso di sindrome parkinsoniana eccito-motoria molto rara, da noi osservata nel III reparto medico dell'Ospedale « Regina Elena » di Trieste, e studiata sotto la guida del primario prof. Mann, che molto sentitamente ringraziamo.

R. Giuseppe, d'anni 45, contadino.

Entra all'ospedale il 19 febbraio 1931.

Nulla a carico dell'anamnesi famigliare.

Durante la guerra, all'età di trenta anni circa, fu affetto da una forma febbrile durata complessivamente circa due mesi e che il malato attribuì a infezione malarica; l'interrogatorio non permette però di precisare la sintomatologia concomitante. Qualche tempo dopo fu ferito da scheggia di granata superficialmente al costato sinistro e lateralmente; guarì dopo pochi giorni senza che si fosse reso necessario alcun intervento. Quasi contemporaneamente, a detta del paziente, cominciò ad avvertire un senso di debolezza a tutto il corpo, specie agli arti inferiori, facile stanchezza, stato di agitazione, insonnia, frequenti cefalee, specie frontali. Dopo qualche tempo la favella cominciò a farsi difficile, disturbo questo che è andato sempre più aumentando fino ad assumere il carattere della balbuzie. Le facoltà intellettive si sono mantenute sempre integre, ma data la difficoltà della parola, rispondeva tardivamente alle domande che gli venivano rivolte. La memoria sarebbe andata sempre più diminuendo.

Circa quattro anni fa la moglie ha incominciato a notare che il paziente inavvertitamente traeva la lingua dalla cavità boccale e che presentava dei movimenti irregolari di apertura e chiusura della bocca; negli ultimi tempi poi si sarebbe istituita una trazione ritmica della lingua a intervalli quasi regolari, e in cui la volontà, pur riuscendo a moderare talvolta tali movimenti di protrazione, non poteva farli cessare, anzi — cessato lo sforzo volitivo — si presentavano subito più marcati. Scompaiono completamente durante il sonno. Tali movimenti, che non si accompagnano ad alcuna manifestazione dolorosa, non disturbano il paziente nè nella masticazione nè nella deglutizione. Il malato si agita facilmente, tanto che circa un mese fa, in preda ad un violento stato di agitazione, cadde a terra senza perdere i sensi, potendo rialzarsi immediatamente.

L'appetito si è mantenuto sempre buono, quantunque nei periodi di agitazione non volesse prendere cibo. Alvo e diuresi normali. Non avrebbe sofferto di malattie veneree. Non bevitore nè fumatore.

E. O. Condizioni generali buone. Costituzione scheletrica regolare, stato di nutrizione discreto. Colorito normale della cute e delle mucose. Lingua rossa; nulla alle fauci e al faringe. Apparato ghiandolare linfatico indifferente. Temperatura afebbrile, polso valido.

Nulla a carico dell'apparato respiratorio, circolatorio e digerente.

Esame neurologico: L'attenzione è anzitutto attirata dal movimento di abbassamento della mascella e di protrazione della lingua e dalla rigidità della mimica con la rarità dell'ammiccamento e della motilità spontanea.

I movimenti della mascella e della lingua sono di ampiezza variabile; talvolta si tratta soltanto di un abbozzo del movimento: coll'abbassamento appena accennato della mascella si scorge la punta della lingua che si insinua tra gli incisivi superiori e inferiori; più spesso però si tratta di un movimento ampio di abbassamento, relativamente lento, con protrusione della lingua che sporge oltre la sua metà anteriore. L'abbassamento della mascella non è completo, giacchè i denti superiori e inferiori vengono a trovarsi a contatto della faccia superiore rispettivamente inferiore della lingua. La frequenza del movimento, come pure la sua ampiezza, variano da un momento all'altro; di solito i movimenti di più grande ampiezza presentano una certa regolarità ritmica, riproducendosi dalle 15 alle 20 volte al minuto. Il ritmo però non è regolare, poichè all'improvviso la lingua si arresta per 4 o 5 secondi in attitudine di protrusione. Possono passare però alcuni minuti (anche fino a sette-otto), senza che compaia il movimento oppure che sia ridottissimo, specialmente quando il malato si accorge di venir osservato. Questi movimenti diventano più manifesti e più frequenti all'inizio di un gesto volontario qualsiasi, come per esempio l'atto di stringere la mano. Volontariamente il malato può frenare completamente per circa dieci minuti i movimenti, che poi riprendono col ritmo abituale. L'apertura volontaria della bocca, con la lingua in protrusione o no, sospende i movimenti: e allora si può osservare che nè il velo pendolo nè il faringe presentano movimenti involontari. La lingua in protrazione non è deviata nè perfetta-

mente immobile, ma animata da un evidente e rapido tremore. Il malato non presenta alcuno dei gesti inibitori spontanei che solitamente accompagnano i tic. Durante tale movimento non si ha fuoriuscita di saliva dalla bocca nè d'altronde il paziente si lagna mai di scialorrea.

La rigidità della mimica è notevole, lo sguardo è fisso, l'ammiccamento palpebrale è raro, ma quando questo si manifesta appare forse un po' più prolungato che normalmente. Si nota una certa asimmetria della faccia, che però è dovuta all'ipertonia dei muscoli della metà destra. Il riflesso masseterico è vivace, il naso-palpebrale nettamente esagerato. I movimenti oculari sono lenti, a scatti, ma completi; solo la convergenza è totalmente abolita. Pupille uguali e reagenti alla luce e all'accomodazione (la reazione all'accomodazione sembra minore per l'abolizione della convergenza). La parola del malato è profondamente alterata; è di tono elevato, monotona, palilalica, a tratti tachifemica. La tachifemia può sembrare rallentata dalla palilalia ed è realmente e notevolmente ritardata dagli arresti improvvisi della parola. Questa disartria, che diventa a momenti una vera anartria, e che è più frequente all'inizio di una frase, può dare l'impressione che il malato non abbia compreso la domanda che gli è stata rivolta.

Nella deambulazione il malato presenta un modico grado di rigidità del tronco e della nuca. L'arto superiore sinistro, leggermente flèsso sul gomito, presenta un movimento automatico che si può considerare quasi normale. L'arto superiore destro è in adduzione, in rotazione interna, leggermente flesso sul gomito e resta immobile durante il cammino. L'arto inferiore destro viene trascinato, come se fosse diventato più pesante. Nell'insieme però il malato cammina abbastanza speditamente e conserva una relativa agilità in certi movimenti più complessi. La statica è buona, però si nota un certo grado di retro-pulsione; Romberg negativo. In decubito si constata un'attitudine speciale degli arti superiori, che presentano costantemente una leggera flessione degli avambracci. Le mani presentano la tipica attitudine parkinsoniana: le falangi sono leggermente flesse, più le distali che le prossimali, il pollice è in estensione e in adduzione. La motilità intenzionale è abbastanza rapida per i grandi movimenti, nettamente bradicinetica per i movimenti più delicati. Esiste una ipertonia netta che presenta i caratteri dell'ipertonia plastica con perseverazione nelle attitudini imposte. I riflessi di postura locali sono esagerati, maggiormente agli arti superiori. Non si nota nessun tremore agli arti superiori; esso esiste però agli arti inferiori ed è intermittente e più manifesto quando il malato tiene un arto leggermente sollevato dal piano del letto. Tutti i riflessi tendinei possono esser provocati: il radiale, l'ulnare, il tricipitale, i patellari e gli achillei. Agli arti inferiori i riflessi appariscono un po' più vivaci che agli arti superiori. I riflessi cutanei (plantare, cremasterici, addominali) sono presenti. Si può provocare qualche scossa clonica ai due piedi. Le sensibilità, superficiale e profonda, sono normali.

L'esame psichico non rivela nulla di anormale tranne una notevole lentezza dell'ideazione.

Esami speciali:

Urina: nulla di patologico.

R. Wassermann nel sangue: negativa.

Pressione arteriosa al Vaquez: 120-80.

Fondo oculare: nulla; V.: 10/10; C. V.: normale.

Esame laringoscopico: nessuna alterazione del laringe e del velo-pendolo.

Esame funzionale del labirinto: nessuna speciale alterazione di ambo gli apparecchi del labirinto.

Si tratta quindi di un uomo di 45 anni, che da quattro anni circa presenta un tic maxillolinguale, caratterizzato da un movimento sinergico di apertura della bocca con protrusione della lingua.

Giova ricordare che questo disturbo è variabile di frequenza e di ampiezza, che aumenta se il malato non si accorge di venire osservato e se eseguisce dei movimenti. Volontariamente può arrestarsi per qualche minuto e in tal caso il paziente non ricorre a nessuno dei gesti « antagonisti » che accompagnano così sovente le varie forme di tic. Infine l'esame completo mette in evidenza una sindrome parkinsoniana essenzialmente ipertonica di moderata intensità.

Se ricordiamo che a momenti i gesti sono rapidi e sciolti e che il malato presenta dei notevolissimi disturbi della favella, che appariscono come più particolari per il fatto che, quando deve rispondere, la parola è preceduta da un silenzio talvolta lungo, si può comprendere come in un primo tempo si sia propensi a porre la diagnosi di una sindrome psicogena.

E qui va notato che nel nostro caso manca la precisa nozione della fase acuta della encefalite letargica, mentre risulta dall'anamnesi un episodio a tipo infettivo durato circa due mesi, che però non può essere precisato nei riguardi della natura encefalitica per l'impossibilità di mettere in evidente rilievo i segni propri di questa affezione. A nostro parere però ci sembra di poter sospettare almeno, dai sintomi attuali, una pregressa encefalite letargica.

Il primo autore a comunicare un caso di tic maxillo-linguale dovuto alla malattia di Von Economo è stato, a nostra conoscenza, il Charles Dubois, di Berna, che pubblicò il caso di un uomo di 33 anni, nel quale da tre anni si era sviluppato un tic di propulsione e di retrazione della lingua, come pure una sindrome bradicinetica di moderata intensità.

A dire il vero il tic aveva presentato una prima fase evolutiva caratterizzata dalla tendenza della lingua a rimanere in protrusione permanente. Anteriormente al Dubois, Lhermitte e Kyriaco comunicarono alla Società di Neurologia di Parigi un caso che si può avvicinare al precedente per l'esistenza di una pro-

trusione permanente della lingua, ma che quindi non presentò mai le caratteristiche di un tic. Infine recentemente in Italia il Mari pubblicò un caso molto analogo a quello del Dubois e al nostro.

Notiamo infine che, mentre il malato del Dubois presentava alla faccia unicamente il tic linguale, nel caso del Mari esistevano inoltre delle crisi di oculotorsione, di immobilità della lingua e di apertura della bocca, nel nostro caso infine il tic coesisteva con disturbi della favella di particolare intensità.

Ricorderemo ancora per ciò che concerne il nostro caso che, in dati momenti, si osserva che la bocca si apre appena per lasciare apparire la lingua quasi per umettare le labbra. E a questo proposito è interessante ricordare che Bing, osservando in certe sindromi parkinsoniane dei movimenti maxillo-linguali di minima ampiezza, li attribuiva in un primo tempo ad uno stato di siccità anormale della bocca per salivazione insufficiente (xerostomia).

Dunque la nozione eziologica di questa manifestazione maxillo-linguale mostra che si tratta dell'espressione clinica di una particolare perturbazione fisio-patologica creata dalla encefalite letargica, e che da un movimento di minima ampiezza può arrivare per gradazioni successive sino alla protrusione permanente della lingua.

Infine questa affezione ci ha insegnato che tutti i muscoli della faccia e della testa, per limitarci a questo territorio, possono essere la sede di movimenti involontari. Pierre Marie e Gabrielle Levy segnalavano i movimenti involontari di lateralità della mascella, i movimenti ritmici della lingua; segnalavano pure un caso di tic doloroso della faccia; Krebs ugualmente citava gli spasmi facciali d'origine encefalitica; Laignel-Lavastine e P. Georges, Crouzon e Ducas pubblicavano dei casi di movimenti ritmici della mascella sinergici a dei movimenti di flessione-estensione della testa senza protrazione della lingua, ecc...

Comunque, concludendo, si può dire che questi differenti muscoli o gruppi muscolari, isolatamente o associati sinergicamente o no a dei gruppi muscolari vicini, possono essere la sede di movimenti a tipo di spasmo o di tic. Questa nozione è importante, poichè ci mostra che una neuroinfezione, clinicamente controllabile quale l'encefalite letargica, è suscettibile di creare i più svariati tipi di movimenti involontari, di cui la più parte, in assenza della nozione eziologica o della sindrome parkinsoniana, correrebbe il rischio di essere considerata d'origine mentale.

RIASSUNTO.

Gli AA. descrivono un caso di tic maxillo-linguale, in cui i dati eziologici hanno dimostrato trattarsi dell'espressione clinica di una particolare perturbazione fisio-patologica creata dall'encefalite letargica. Dopo aver ricordato altri due casi consimili esistenti nella letteratura, richiamano l'attenzione sulla possibilità di attribuire a cause psicogene l'origine di certi movimenti involontari a tipo di tic o di spasmo, e che invece — messi in rapporto con l'encefalite letargica — devono considerarsi di origine organica.

BIBLIOGRAFIA.

BING. Citato nell'articolo del DUBOIS.
CROUZON et DUCAS. Rev. Neurol., t. 1, n. 5, p. 709.
CHARLES DUBOIS. Ibid., janvier 1929, n. 1, pag. 40.
KREBS E. Jouve et C.ie, editori. Parigi, 1922.
LAIGNEL-LAVASTINE et GEORGES. Rev. Neurol., mai 1926, n. 5.
LEVY G. Tesi di Parigi. Vigot-Frères, ed., 1922.
LHERMITTE et KYRIACO. Rev. Neurol., febbraio 1928.
LOTMAR F. *Monographien aus dem Gesamtgebiete der Neurologie und Psychiatrie.* Heft. 48, J. Springer, Berlin, 1926.
MARI A. Riv. di Patol. nerv. e ment., vol. 34, pag. 282.
THOMAS A. et M.me LONG-LANDRY. Rev. Neurol., mars 1922, pag. 228.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE DI S. GIOVANNI IN ROMA - I SEZIONE.
Primario: Prof. P. CIUFFINI.

La diagnosi biologica di gravidanza col metodo Aschheim-Zondek

per il dott. PIO LUCIANI.

Se la diagnosi precoce di gravidanza non costituisce il più delle volte una necessità da risolvere, può in alcuni casi rappresentare un quesito, la cui soluzione si impone quanto più rapidamente possibile. Donde la necessità di ricorrere non solo a quei sintomi obbiettivi, che rappresentano una vecchia acquisizione di medicina, ma anche si è sentito il bisogno di utilizzare tutti quei mezzi sussidiari che possano in qualche maniera agevolare il difficile còmpito. Basta pensare a molti degli stati patologici proprii degli organi genitali interni femminili — fibromi, cisti ovariche, annessiti, ecc. — che possano in qualche maniera mentire una gravidanza iniziale, per spiegarci i tentativi degli studiosi compiuti allo scopo di agevolare la soluzione del difficile problema.

Sono stati quindi a volta a volta proposti metodi che, basati sul presupposto di ricercare le modificazioni prodotte dall'uovo fecondato nell'organismo della donna, si basavano su indagini fisiche o su ricerche chimiche ed infine metodi di ricerca biologica. Questi ultimi, per i risultati ottenuti, si sono dimostrati i più razionali e sono i più numerosi. Non è mio còmpito di passarli tutti in rassegna, anche perchè lo studio da me compiuto si limita a quello di A. e Z., un metodo che si è vittoriosamente affermato in breve tempo nella pratica medica. Essendo ormai questo bene conosciuto non accennerò alla tecnica originale, dagli AA. resa nota, alla quale si sono uniformati quasi tutti gli altri ricercatori che hanno voluto più profondamente studiare e controllare questa interessante ricerca biologica. Leggendo però le varie esperienze ed i vari lavori l'attenzione viene spesso richiamata da un inconveniente da tutti lamentato — precisamente dalla non indifferente mortalità delle bestioline durante le iniezioni, mortalità che, come vedremo poi, per alcuni studiosi (per gli stessi autori, ad esempio) ha raggiunto cifre abbastanza sensibili. Volendo ovviare a questa dannosa evenienza ho cercato di poter dare al metodo una tecnica che nulla perdendo nella sostanza potesse nella forma semplificata e intesa a più razionali principii dare un *minimum* di mortalità agli animali da esperimento. Infatti con il giusto concetto che la morte venga provocata dalla tossicità della orina, specie se di donne affette da infezioni provocanti piuria, senza ricorrere per questo al consiglio dato dalla Neppi di filtrare l'orina traverso una candela di Chamberland, ho cercato di introdurre il secreto renale ipodermicamente in quantità tali che le topoline potessero non sentirne danno alcuno. Ho usato perciò dosi progressive pensando che nell'organismo dell'animale possa più facilmente stabilirsi un certo grado di adattamento quando l'urina venga introdotta in quantità aumentanti progressivamente che quando venga introdotta (come accade col metodo A. Z. nella IV e V topolina) in quantità massiva fin dall'inizio. La tecnica del metodo usata nelle seguenti esperienze varia dunque da quella ormai nota di A. e Z. in quanto ogni topolina comincia il trattamento ricevendo la stessa dose iniziale di cmc. 0.20 di orina, dose che per ogni animale (secondo la modalità più sotto esposta) subisce nelle iniezioni successive un progressivo aumento fino a giungere alla quantità di cc. 0,50.

Data la difficoltà sempre più crescente di trovare topoline che corrispondano a tutti i requisiti necessari per l'esattezza delle esperienze, con questa semplice modificazione tecnica (ogni animale ugualmente trattato) ho potuto ridurne il numero a tre eliminando inoltre il noioso e talvolta labile ripiego di segnare con colori vari gli animali da esperimento.

Non mi sono attenuto al rigido schematismo orario degli autori tedeschi, ma ho praticato le iniezioni in questo modo:

1° giorno: una iniezione al mattino, una al pomeriggio.

2° giorno: una iniezione al mattino, una a mezzogiorno e una al pomeriggio.

3° giorno: una iniezione al mattino.

Le dosi che ho usato per ogni topolina sono: 0,20 nella 1ª iniezione; 0,25 nella 2ª iniezione; 0,30 nella 3ª iniezione; 0,40 nella 4ª iniezione; 0,50 nella 5ª e 6ª iniezione.

La quantità complessiva iniettata in ogni topolina è stata, quindi, di cc. 2,15.

La mortalità che hanno avuto gli altri ricercatori che si sono occupati della questione seguendo il metodo originale è stata notevolmente superiore a quella raggiunta nelle mie esperienze dove la mortalità non fu nemmeno sempre attribuibile alla tossicità delle urine ma ad altri fattori estranei (quale il freddo) che esulano completamente dalle ordinarie difficoltà di questa ricerca.

Nelle varie esperienze di Aschheim e Zondek la mortalità toccò la cifra del 17 %; in quelle dell'Odescalchi il 13 %, in quelle di Grisi e Vozza l'11 %, mentre in quelle di Addessi solo il 10 %.

Come si vede, per quanto con la miglior conoscenza della tecnica, la mortalità col metodo originale tenda sensibilmente a diminuire, pure ancora si mantiene in una percentuale non indifferente. Nelle mie esperienze il numero delle topoline morte è stato minimo, oserei dire trascurabile, toccando infatti appena la cifra del 3 % che paragonata a quelle dei precedenti ricercatori dimostra il notevole vantaggio della tecnica da me seguita.

L'esame macroscopico è stato sempre sufficiente, però ho controllato ogni caso con l'esame istologico usando la comune colorazione dell'ematossilina eosina, previa fissazione in alcool, mezzo sollecito per una pronta risposta a un dubbioso quesito che debba essere rapidamente risolto.

Profittando della non frequente e comune possibilità di avere a mia disposizione tutto il materiale di un intero reparto ospitaliero, ho potuto studiare questo importante metodo su un discreto numero di donne nei varii stati fisiologici sessuali e in stati patologici locali e generali.

I casi da me studiati comprendevano 18 gravidanze in epoca varia di gestazione di cui una extrauterina al II° mese, 2 donne in puerperio, tre bambine in menarca, 4 donne in menopausa, 4 donne con annessiti da agente etiologico vario, un caso di amenorrea da tbc. polmonare, 4 carcinomi in organi vari, 5 casi di diabete di cui alcuni con acetonemia, 1 morbo di Basedow.

*
* *

Riassumo qui brevemente i risultati delle mie esperienze.

GRAVIDANZA.

N. progr.	Nome Cognome Età	Diagnosi clinica	Reperto di autopsia	Reperto istologico	Risultato
1	M. B., 31 a.	Gravidanza II mese secondipara	+ + +	+ + +	+
2	C. A., 27 a.	Gravidanza II mese primipara	+ + +	+ + +	+
3	B. R., 21 a.	Gravidanza II mese	— — —	+ — —	—
4	S. A., 40 a.	Gravidanza extrauterina; II mese: aborto tubarico	— — —	— — —	—
5	O. A., 29 a.	Gravidanza III mese iperemesi	+ + +	+ + +	+

(*Segue*) GRAVIDANZA.

N. progr.	Nome Cognome Età	Diagnosi clinica	Reperto di autopsia	Reperto istologico	Risultato
6	R. G., 27 a.	Gravidanza III mese	+ + +	+ + +	+
7	L. G., 30 a.	Gravidanza III mese	+ + +	+ + +	+
8	A. B., 20 a.	Gravidanza IV mese	+ + +	+ + +	+
9	P. E., 28 a.	Gravidanza IV mese	+ + +	+ + +	+
10	C. A., 27 a.	Gravidanza IV mese	+ +	+ +	+
11	M. E., 33 a.	Gravidanza V mese	+ + +	+ + +	+
12	B. V., 30 a.	Gravidanza V mese	+ +	+ +	+
13	T. P., 17 a.	Gravidanza V mese	+ + +	+ + +	+
14	P. A., 26 a.	Gravidanza V mese	+ + +	+ + +	+
15	G. B., 25 a.	Gravid. VII mese	+ + +	+ + +	+
16	V. F., 20 a.	Gravid. VII mese	+ + +	+ + +	+
17	N. N.	Gravid. VIII mese	+ + +	+ + +	+
18	R. A., 41 a.	Gravidanza IX mese	+ + +	+ + +	+

TABELLA RIASSUNTIVA - GRAVIDANZA.

Mese di gestazione	Numero dei casi	Risultato della reazione	
		Positivo	Negativo
2° mese	3	2	1
3° mese	3	3	—
4° mese	3	3	—
5° mese	4	4	—
7° mese	2	2	—
8° mese	1	1	—
9° mese	1	1	—
Gravidanza extrauterina 2° mese	1	—	1
Totali	18	16	2

PUERPERIO.

N. progr.	Nome Cognome Età	Diagnosi clinica	Reperto di autopsia	Reperto istologico	Risultato
1	G. G., 22 a.	VII giornata	— — —	— — —	—
2	A. A., 17 a.	IX giornata	+	+	—

TABELLA RIASSUNTIVA - PUERPERIO.

Giornata di puerperio	Numero dei casi	Risultato della reazione	
		Positivo	Negativo
7ª giornata	1	—	1
9ª giornata	1	—	1
Totali	2	—	2

CONTROLLI.

N. progr.	Nome Cognome Età	Diagnosi clinica	Reperto di autopsia	Reperto istologico	Risultato
1	F. M., 12 a.	Menarca	— — —	— — —	—
2	T. d'A., 12 a	Menarca	— — —	— — —	—
3	M. P., 12 a.	Menarca	— — —	— — —	—
4	S. D., 43 a.	Menopausa	+	+	—
5	P. G., 44 a.	Menopausa	— — —	— — —	—
6	S. G., 45 a.	Menopausa	+	+	—
7	L. G., 45 a.	Menopausa; diabete	— — —	— — —	—
8	O. C., 22 a.	Annessite gonococcica	— — —	— — —	—
9	A. A., 26 a.	Annessite tubercolare	— — —	— — —	—
10	N. S., 20 a.	Annessite gonococcica	— — —	— — —	—
11	P. I., 16 a.	Annessite gonococcica	— — —	— — -	—
12	C. R., 20 a.	Amenorrea da tbc. polmonare	+	+	—
13	G. G., 62 a.	Carcinoma uterino	— — —	— — —	—
14	B. E., 46 a.	Carcinoma uterino	— — —	— — —	—
15	L. L., 58 a.	Carcinoma uterino	— — —	— — —	—
16	P. A., 81 a.	Carcinoma gastrico	— — —	— — —	—
17	O. R., 40 a.	Diabete; tbc. polmonare	— — —	— — —	—
18	D. M., 20 a.	Diabete	— — —	— — —	—
19	L. E., 68 a.	Diabete	— — —	— — —	—
20	S. E., 66 a.	Diabete	— — —	— — —	—
21	F. A., 53 a.	Diabete con acidosi	— — —	— — —	—
22	B. L., 28 a.	Morbo di Basedow	— — —	— — —	—

TABELLA RIASSUNTIVA - CONTROLLI.

Materiale adoperato	Numero dei casi	Risultato della reazione	
		Positivo	Negativo
Menarca	3	—	3
Menopausa	4	—	4
Annessiti	4	—	4
Amenorrea da tbc.	1	—	1
Tumori maligni	4	—	4
Diabete	5	—	5
M. Basedow	1	—	1
Totali	22	—	22

I risultati ottenuti nelle precedenti esperienze sono stati, come agevolmente si vede, una nuova conferma della esattezza di questa ricerca proposta da A. e Z. che può essere quindi considerata una sicura acquisizione della scienza, un aiuto notevolissimo ai comuni mezzi d'indagine clinica.

La percentuale di errori che io ho avuto è stata veramente trascurabile perchè solo in un caso (vedi 3ª esperienza gravidanze) l'iniezione di urina di donna gravida ha provocato il 1° tipo di reazione, mentre si sarebbe dovuto riscontrare all'autopsia delle topoline il 2° o 3° tipo di reazione, sole manifestazioni specifiche di una gestazione. Si trattava di una giovane donna in cui per due mesi consecutivi mancavano le mestruazioni e in cui fu fatta diagnosi di annessite; la paziente aveva contratta dal coniuge una infezione blenorragica. Il tavolo operatorio dimostrò invece una gravidanza al 2 mese che procedeva normalissima e gli annessi non erano minimamente interessati da alcun processo flogistico.

Mi sembra molto arduo per il momento tentare una spiegazione e ricercare la causa della negatività di un risultato che avrebbe dovuto riuscire sicuramente positivo: ciò del resto non può togliere alcun valore al metodo biologico con l'ormone preipofisario perchè si sa che nessuna ricerca dà il 100/100 di risultati esatti. Non credo nemmeno di doverne incolpare la modificazione del metodo originario usata nelle suddette esperienze perchè in tutti gli altri casi ha pienamente corrisposto alle nostre prevenzioni. Del resto basta ricordare brevemente alcuni degli autori che hanno controllato il grande valore pratico di questa reazione per dimostrare come se da alcuni si ebbe sempre un perfetto risultato delle ricerche, da altri (Vozza, Ehrardt, Scebke, Vermbter e Schulz, ecc.) sono state volta a volta segnalate delle esperienze che non hanno corrisposto all'esito atteso.

L'altro risultato negativo (vedi 4ª esperienza gravidanze) avuto in una donna in cui l'anamnesi e l'esame clinico facevano sospettare una gravidanza extrauterina al secondo mese ci fece subito pensare ad una interruzione della gravidanza stessa, supposizione che risultò infatti esatta al tavolo di operazione che dimostrò trattarsi di un aborto tubarico interno.

Questo esame ultimo, esito di gravidanza extrauterina, e gli altri eseguiti in donne in puerperio dimostrano ancora una volta come rapidamente ad aborto o a parto espletati nel-

lo spazio di pochi giorni l'ormone preipofisario venga a mancare nell'orina in maniera da rendere questa assolutamente inadatta a produrre la benchè minima modificazione nell'ovaio e negli organi genitali interni delle topoline.

Nell'esperienze di controllo eseguite con donne in stato fisiologico sessuale vario ed in alcuni stati patologici il risultato fu sempre costantemente negativo per la gravidanza; si ebbe solo in qualche esperienza quel 1 tipo di reazione che sappiamo trovarsi in alcune precisate contingenze (tumori maligni, accrescimento, infezioni gravi, mixedema).

Debbo far notare a questo punto che nelle topoline trattate con orine di donne malate di Morbo di Basedow, di diabete mellito e di tumori maligni con cachessia più o meno accentuata, ho trovato quasi sempre un notevole accumulo di adipe nella cavità addominale sì da far pensare a un influente effetto di queste stesse urine sulle condizioni generali e sul ricambio degli animali iniettati. Questa constatazione che io ho rilevata nelle autopsie eseguite non mi ha destato meraviglia, visto che recentemente si sta delineando una nuova terapia a base di orina nel concetto che questa contenga degli elementi medicamentosi.

Esiste già un'autouroterapia (Zamkoff) per la tubercolosi, il reumatismo articolare e la polmonite fibrinosa, praticata con iniezioni di 2 a 5 cmc. di orina sterile dello stesso malato, 2-3 volte ogni settimana. Con l'accertamento inoltre che l'orina di donna gravida sia ricca di ormone preipofisario e che questo abbia tanta parte nella fisiologia degli organi genitali è scaturita l'idea di utilizzare questo principio nella terapia delle varie affezioni di detti organi.

Nell'uomo si è riusciti a risvegliare, mediante iniezioni di questo secreto, le ghiandole testicolari affaticate ed esaurite con ritorno di potenza sessuale, a far riacquistare vitalità agli spermatozoi e a far migliorare le condizioni generali dell'individuo (Zamkoff). Nel campo ginecologico poi giovandosi di un'altra applicazione della prova di A. Z. si sono ottenuti notevoli servigi sia nel campo terapeutico che nel diagnostico.

Nelle amenorree e nei disturbi delle mestruazioni questa reazione infatti permette di differenziare le manifestazioni dovute ad ipofunzioni ghiandolari da quelle dovute ad iperfunzione e a stabilire l'origine ovarica od ipofisaria dei disturbi. Scaldando le urine prima di iniettarle si distrugge soltanto l'ormone ipofisario onde le topoline reagiscono al solo ormone ovarico. Si sa già come la reazione dovuta all'ipofisi, che si può chiamare il motore sessuale, si manifesta con ipertrofia ovarica e maturazione follicolare; mentre la reazione ovarica, dall'ipofisi mossa, si manifesta con aumento dei corni uterini e modificazioni vaginali. Praticamente queste ricerche possono stabilire quale sia la ghiandola interessata e se si tratti di iper- o ipofunzione indirizzando sul genere di opoterapia da usarsi. Attualmente, in donne con disturbi gravi in rapporto con ipofunzione ovarica od ipofisaria fu esperimentata l'ormonoterapia naturale consistente in instillazioni rettali di urina normale di donna incinta prelevata all'epoca presunta delle mestruazioni. Questa nuovissima terapia si assicura abbia dato dei risultati migliori di quelli ottenuti con i consueti estratti opoterapici (Solms, Klopstock).

Da quanto sopra è stato detto si vede dunque come questa reazione si renda interessante non solo come mezzo precoce di diagnosi di gravidanza, ma anche come mezzo utilissimo per definire quale sia la ghiandola interessata nei complessi disturbi mestruali.

***

Volendo conoscere come altri secreti della donna supposta gravida si comportassero nei riguardi di questa preziosissima ricerca e delle modificazioni degli organi genitali interni degli animali ho provato ad iniettare alcune topoline con saliva che ho accuratamente filtrata per renderla più fluida. Questa indagine non mi risulta sia stata compiuta prima di me da altri autori. I casi presi in esame, cinque, erano di donne a varia epoca di gravidanza in cui la prova biologica con l'urina eseguita nelle topoline era riuscita precedentemente positiva.

SALIVA FEMMINE.

N. progr.	Nome Cognome Età	Diagnosi clinica	Reperto di autopsia	Reperto istologico	Risultato
1	O. A., 29 a.	Gravid. III mese; iperemesi	—	—	—
2	R. G., 27 a	Gravid. III mese	—	—	—
3	C. A., 27 a.	Gravid. IV mese	—	—	—
4	T. P., 17 a.	Gravid. V mese	—	—	—
5	R. A., 41 a.	Gravid. IX mese	—	—	—

TABELLA RIASSUNTIVA - SALIVA FEMMINE.

Mese di gestazione	Numero dei casi	Risultato della reazione	
		Positivo	Negativo
3° mese	2	—	2
4° mese	1	—	1
5° mese	1	—	1
9° mese	1	—	1
Totali	5	—	5

Come si vede, la prova, per quanto eseguita con la solita norma in donne in cui lo stato di gravidanza era manifesto sia clinicamente sia sperimentalmente (metodo biologico A. Z.) riuscì negativa nè mi fu possibile sorprendere negli organi genitali interni delle topoline e in ispecie nelle ovaie, nè macroscopicamente, nè microscopicamente, alcun fenomeno iniziale di provocazione dell'estro. È presumibile che ripetendo l'esperienza con altri secreti, qualunque essi siano, l'esito debba essere sempre e costantemente negativo perchè, pur non escludendo che in detti liquidi esista l'ormone preipofisario, si può pensare che in essi sia contenuto in così piccola quantità da essere considerato biologicamente incapace di provocare fenomeni di maturazione nelle ovaie. La differenza di quantità in ormone tra i vari secreti dell'organismo umano e l'orina stessa deve essere certamente attribuita a quel potere di concentrazione renale che sappiamo avere tanta parte nella eliminazione delle varie sostanze ed in ispecie di quelle provenienti dal ricambio azotato. Dovendosi, dunque, secondo me, logicamente attribuire una importanza non indifferente al fattore rene in questa ricerca credo non dovremmo meravigliarci se l'esito di questa prova possa dipendere un poco dalle varie e mutevoli condizioni di funzionalità renale.

***

Poichè l'orina della donna gravida era stata provata anche nei topolini maschi per studiare le modificazioni biologiche nei testicoli e nelle vescicole spermatiche (Aschheim e Zondek, Brouha, Simonnet, Maurizio) ho voluto controllare in questi il metodo seguendo però sempre la tecnica delle dosi progressive.

Ho adoperato l'orina di cinque donne gravide: una al III° mese, una al IV°, una al V°, una al VII° ed una all'VIII°: in tutte la ricerca sui topolini femmine era riuscita positiva.

ORINA MASCHI.

N. 1. — R. G., 27 anni, gravidanza III mese.
Sono stati inoculati con orina tre topolini; leggero aumento ed iperemia dei testicoli e vescicole spermatiche.

N. 2. — P. E., 28 anni, gravidanza IV mese.
Sono stati inoculati con orina tre topolini; iperemia ed aumento dei testicoli e vescicole spermatiche.

N. 3. — T. P., 17 anni, gravidanza V mese.
Sono stati inoculati con orina tre topolini; leggero aumento ed iperemia dei testicoli e vescicole spermatiche.

N. 4. — C. B., 25 anni, gravidanza VII mese.
Sono stati inoculati con orina tre topolini; nessuna modificazione dei testicoli e vescicole spermatiche.

N. 5. — F. R., 39 anni, gravidanza VIII mese.
Sono stati inoculati con orina tre topolini; leggero aumento ed iperemia dei testicoli e vescicole spermatiche.

Il risultato e le modificazioni visibili ad occhio nudo paragonate con topolini testi non mi sono apparse così appariscenti e così nettamente chiare come da alcuni autori si vuole (Maurizio). Il numero di questi casi da me trattati è però molto scarso per poter trarre un giudizio sicuro su questa prova tanto più che mi sono basato sul solo esame macroscopico e non istologico. Ho espressamente limitato il numero di queste ultime esperienze perchè la ricerca eseguita in topoline femmine mi è sembrata molto più dimostrativa di quelle eseguite nei topolini maschi. Gli organi genitali della femmina del topo, infatti, sono più suscettibili di quelli del maschio di modificazioni macroscopiche, visibilissime ad occhio nudo, anche senza aiuto di lente, ed il comodo e pratico schema di dette modificazioni, fissato dagli AA. tedeschi, meglio si presta ad allontanare ogni dubbio nel giudizio di uno stato di esistente gravidanza.

***

Volendo, dunque, riassumere brevemente su quanto sopra ho scritto, debbo dire che le esperienze di iniezioni di saliva fatte sulle femmine del topo sono riuscite negative, mentre l'esame clinico della donna e la prova biologica A.Z. dimostravano una sicura gravidanza. Le esperienze di iniezioni di orina nel topo maschio non mi sono sembrate molto dimostrative, tenendo conto però dello scarso materiale usato e del non eseguito esame istolo-

gico. Le esperienze con orina di donne sulla femmina del topo sono invece così semplici e pur così dimostrative che ritengo necessario unirmi ai precedenti ricercatori che hanno trattato la questione per richiamare ancora una volta l'attenzione dei medici sulla utilità, semplicità e praticità di questo mezzo di ricerca per una diagnosi precoce di gravidanza.

RIASSUNTO.

L'A. ha studiato il valore della reazione Aschheim-Zondek con tecnica modificata, su 18 casi di gravidanza avendone 16 risultati positivi, su 2 donne puerpere e su 22 controlli, ottenendo esito negativo.

La prova eseguita su topolini maschi non sembra all'A. molto dimostrativa; l'inoculazione della saliva di donna gravida su topoline ha dato reazione negativa.

BIBLIOGRAFIA.

La citazione si riferisce ad alcuni dei lavori più recenti.

ADDESSI. *Sulla diagnosi biologica della gravidanza col metodo di Aschheim-Zondek.* La Clinica Ostetrica, agosto 1930.

ASCHHEIM. Americ. Journ. of Obst. a. Gynec., XIX, n. 3, marzo 1930.

ID. Die Mediz. Welt, n. 14, 5 aprile 1930.

BRINDEAU e BROUHA. *Un nouveau procédé de diagnostic hormonal précoce de la grossesse.* Presse Médicale, pag. 728, 1930.

BROUHA, HINGLAIS e SIMONNET. *Una diagnosi biologica della gravidanza.* Accademia di Medicina di Parigi, 28 gennaio 1930.

MAURIZIO. *Sul valore della diagnosi biologica della gravidanza con speciale riguardo al metodo ormonale.* Giornale Medico dell'Alto Adige, agosto 1930.

MICHELI. *L'urina delle gravide nella terapia ginecologica.* Umbria Medica, ottobre 1930.

MORHARDT. *Le diagnostic de la grossesse et l'hormone du lobe antérieure.* La Presse Médicale, 1930.

PERALTA RAMOS-ROTH. *L'ormone del lobo anteriore dell'ipofisi nella diagnosi della gravidanza.* Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie, vol. I, 1930.

PORGES e POLLACZEK. *Cutireazione con ipofisi anteriore per la diagnosi di gravidanza.* Zentralbl. f. Gyn., 1930, n. 8, pag. 454.

SOLMS-KLOPSTOCK. *La reazione di Aschheim-Zondeck per la diagnosi delle amenorree e dismenoree.* Münch. Med. Wochenschr., 1929.

ZAMKOFF. *De l'emploi de l'urine de Femme enceinte dans le traitement de certains troubles gynécologiques.* Gynéc. et Obstr. de Paris.

ZONDECK. *Ricerche sulla funzione del lobo anteriore dell'ipofisi.* Deutsch. Med. Wochenschr., 1930.

L'ATTUALITÀ CHIRURGICA

Nuovo metodo di anestesia rachidea con la percaina.

(W. HOWARD JONES. *Lyon Chir.*, ottobre 1930).

L'A. in un ampio articolo, espone la sua esperienza su di un nuovo anestetico: la percaina. La formula di questo nuovo anestetico è cloridrato di dietiletilendiamina dell'acido butilocinconinico, un gruppo chimico del quale si è sino a poco tempo fa ignorate le proprietà anestetiche, e che costituisce un derivato della chinoleina.

Gli effetti della percaina sembra sieno 10 volte più intensi di quelli ottenuti con la novocaina, si comprende perciò che pure essendo in linea di massima più tossica, potendosi iniettare in assai minore dose, diviene, anche sotto questo punto di vista, preferibile.

Hofer, Ritter e Christ hanno potuto ottenere con soluzioni 1/2000, 1/1000, 1/500 anestesie anche di dieci ore.

Essi inoltre fissano come dosi massime le seguenti: 400 cmc. di soluz. 1/2000; 150 cmc. di soluz. 1/1000; 50 di cmc. di soluz. 1/500.

Secondo l'A. il metodo migliore è quello di trattare lo spazio sottoaracnoideo come i tessuti, iniettando, cioè senza ritirare precedentemente liquido cefalo-rachidiano, una grande quantità di soluzione anestetica sino al limite che l'intervento esige.

Assai interessante è lo studio che l'A. fa sul peso specifico del liquor confrontato con quello di soluzioni di percaina in soluzione acquosa, di cloruro di sodio al 5 % e di cloruro di sodio al 9 %, soluzioni che così divengono, iso, ipo, ed ipobase. In questo modo si viene anche ad avere dati precisi sulla diffusione nel liquor delle soluzioni anestetiche.

L'A. usa, come è comprensibile, soluzioni ipobase ed inoltre raccomanda per essere certi di una ottima anestesia, e non soltanto del bloccaggio delle radici anteriori, di mettere per qualche istante l'operando in decubito ventrale.

Sulla scelta delle soluzioni i dati seguenti possono chiaramente illuminare: Soluz. di Wall al 0,9 %. P. S. 1.006; Soluz. di Wall al 0,5 %. P. S. 1.0034; Soluz. a 1/2000 sufficienti per interventi di 45'; Soluz. 1/1500 per interventi di un'ora e più; Soluz. 1/1000 per interventi di due ore e più.

Sulla quantità: 15,18 cmc. fra D_2 e D_5; 12 cmc. fra D_7 e D_8; 10 cmc. fra D_{10} e 6 cmc. per blocco caudale.

L'iniezione deve essere fatta senza ritirare liquor, nè barbotage, assai lentamente.

L'A. crede opportuno inoltre far avviare ai soliti disturbi post-anestetici l'uso dell'efedrina. I risultati di questa serie di 200 casi, sia come anestesia sia come disturbi post-anestetici è tale da far raccomandare all'A. l'uso sistematico di questo anestetico in soluzioni ipobase.

C. F.

La vaccinazione preoperatoria in chirurgia gastrica.

(MAUPARD (*Presse Méd.* n. 76 1930).

La profilassi delle complicazioni broncopolmonari dopo interventi sull'addome alto, secondo l'A. è un problema assai complesso. Se la maggior parte di queste complicazioni sono di natura infettiva, in alcuni casi esse dipendono da cause meccaniche (ostruzione dei grossi bronchi per blocchi di muco) o nervose (alterazioni dell'innervazione bronchiale) e in tali casi la vaccinazione preventiva non può avere avuto alcuna efficacia.

Inoltre bisognerebbe isolare i diversi germi delle infezioni polmonari e studiare anche la flora microbica gastrica. Fra questi è molto frequente lo streptococco che è particolarmente resistente alla vaccinazione perchè si presenta sotto forma di stipiti diversi che possono essere combattuti solamente creando un'immunità strettamente specifica. Inoltre bisogna ancora scegliere i soggetti nei quali la vaccinazione è giustificata, obbiettivo che Bazy e Lambret raggiungono con l'intradermo- e la cutireazione col vaccino. Solo quelli che rispondono positivamente dovrebbero essere sottoposti a vaccinazione. Lambret con tale sistema e con un vaccino di sua preparazione, su 300 operati ha avuto solo il 5 % di incidenti polmonari lievi e nessun caso di morte. L'A. ha usato il vaccino polivalente III I.O.D. in 79 interventi sullo stomaco ed ha avuto 9 incidenti polmonari di cui 5 lievi e 4 gravi (3 guariti e 1 morto). G. PACETTO.

SUNTI E RASSEGNE.

RADIOLOGIA.

Progressi e avvenire della radiologia.

(WOODBURN MORISON. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, nov. 1930).

Viviamo in un'epoca in cui il progresso della scienza è grande e rapido; vecchie teorie si abbandonano per altre nuove, le quali rappresentano ipotesi di lavoro e che possono essere a loro volta messe da parte. Così la teoria atomica del Rutherford ha sostituito quella del Dalton.

La radiologia è una delle branche della medicina che più ha progredito e i suoi progressi riguardano tanto le macchine che la tecnica. Per le macchine si sono costruiti apparecchi che lavorano a 600 e anche 900 Kilovolts e tubi che possono sopportare questi voltaggi. Quello che in avvenire ci si deve aspettare dai costruttori è che ci siano apparecchi sicuri, senza pericolo pel radiologo, e films non infiammabili.

Nei riguardi della diagnosi i raggi X rappresentano oggi un mezzo diagnostico di uso comune.

Per la terapia coi raggi X, essa merita di essere accuratamente studiata ancora nei riguardi non solo del cancro ma di molte altre malattie.

L'A. dice che al Comitato di ricerche civili in Inghilterra, si è aggiunto un sottocomitato collo scopo di esaminare i bisogni di radio in Inghilterra in rapporto colle sorgenti di rifornimento. Il Comitato stesso decise nel 1929 di istituire dei centri ospedalieri per le cure col radium. Quello che la Commissione pel radio intende fare riguarda anche lo sviluppo da dare alle ricerche scientifiche oltre che alle applicazioni pratiche.

L'uso del radio non va fatto che da medici allenati in questo campo e che abbiano pratica anche di raggi X.

Per quel che riguarda i « semi » di radio introdotti nei tessuti l'A. ritiene che siano un mezzo pericoloso e che non abbiano dato fino ad ora risultati migliori che cogli altri metodi di applicazione del radio.

Un progresso nel dosaggio è rappresentato dal metodo di Murdoch e Stahel che dosano i raggi in ergs assorbiti per centimetro cubico di tessuto (ergs cms^3).

Nel cancro la radioterapia rappresenta ancora un metodo in periodo di esperimento. Spesso la radioterapia si riduce ad una combinazione di cure chirurgiche e radiologiche.

In avvenire bisognerà anche curare di più l'insegnamento della radiologia e per i medici e per gli studenti, ed estendere di più i servizi radiologici ospedalieri.

A conclusione della sua conferenza il Morison si dichiara convinto che se molto si è fatto più ancora si farà nel campo della radiologia. R. LUSENA.

Il mezzo di contrasto più innocuo per ottenere l'arteriografia.

(G. OSELLADORE. *Min. Med.*, n. 38, sett. 1930).

Per ottenere l'arteriografia è stato proposto l'iniezione di una soluzione concentrata di joduro di sodio o di altri sali alogenati radioopachi idrosolubili, i quali hanno il vantaggio di non produrre quei fenomeni embolici, comuni alle iniezioni endoarteriose di lipiodol.

Però molti hanno richiamato l'attenzione sulla lesione dell'endotelio vasale che i sali alogenati producono, e che sarebbero pericolosi nei casi di gangrena in cui normalmente si richiede l'arteriografia.

Per stabilire l'entità di queste offese endoteliali l'A. ha stabilito ricerche sperimentali su animali, iniettando una soluzione di joduro di sodio al 25 %, e iniezioni endoarteriose di uroselectan. Per poter seguire le alterazioni che si potevano produrre nei capillari, è stata usata contemporaneamente la colorazione vitale al trypanblau.

Per gli esperimenti furono usati i cani ed i conigli adulti; fu scelta l'arteria femorale previamente messa allo scoperto; la soluzione usata fu quella di joduro di sodio al 25 % o di uroselectan al 40 %; la quantità iniettata fu di 4-6 cmc. per i conigli da 1,5-2 kgr.; 8-15 cmc. per i cani, a seconda del peso.

Le iniezioni endoarteriose furono eseguite con una tecnica di cui si dà nota, ma in modo da avvicinarsi alle condizioni normali, senza cioè modificare la circolazione, o compromettendo la circolazione, e quindi i tessuti mercè la legatura dell'arteria femorale.

Dalle ricerche emerge che l'iniezione di joduro di sodio non ha alcun effetto dannoso, o almeno istologicamente dimostrabile, quando viene introdotto in un territorio vasale a circolazione libera e attiva; il ristagno invece prodotto dalla legatura mette in evidenza lesioni delle reti capillari con reazione istiocitaria dell'avventizia capillare, manifesta sopratutto in corrispondenza del perimisio interno dei muscoli; in due casi s'è avuto la insorgenza di veri focolai degenerativi.

Quindi appare evidente il fatto che l'iniezione di joduro di sodio fatta in territori con circolazione alterata, aggrava le condizioni delle lesioni gangrenose; però l'A. non esclude che anche nelle altre condizioni tale sale non sia senza effetto nocivo.

Invece l'uso dell'uroselectan, in tutte le condizioni di circolazione usato, ha mostrato la sua completa innocuità, mentre permette di ottenere dei radiogrammi che superano per nitidezza quelli ottenuti con joduro di sodio.

In base a tali risultanze sperimentali e in base anche a considerazioni d'ordine teorico, l'A. non dubita a designare l'uroselectan come il mezzo di contrasto, oggi a disposizione, più innocuo e quindi da preferire per la pratica dell'arteriografia. L. CARUSI.

Indicazioni e controindicazioni dell'encefalografia e della ventricolografia.

(E. P. PENDERGRASS. *The Journ. Americ. Medic. Associat.*, 7 febbraio 1931).

Secondo Dandy 40 % dei tumori cerebrali possono essere localizzati col solo esame neurologico e solo nel 10-15 % l'esame radiologico può risolvere il problema. Frazier dà cifre più alte: 60-70 % delle localizzazioni fatte col solo esame neurologico.

Il metodo dell'encefalo e ventricolografia si deve a Dandy (1918-1919).

Ventricolografia: si fanno due piccole aperture del cranio al disopra e all'esterno della protuberanza occipitale; si introduce un ago nel corno posteriore di ogni ventricolo e si fa scorrere via liquor che viene sostituito da aria. Utilissima è la stereoradiografia. L'*indicazione* alla ventricolografia è l'esistenza di aumento della pressione endocranica in cui le indagini radiologica comune, oftalmologica e neurologica non hanno permesso una localizzazione; quindi essa va fatta in casi di tumori cerebrali non localizzati, ascessi cerebrali, aracnoidite basale o altre cause che bloccano un ventricolo. *Controindicazione* alla ventricolografia è la bassa pressione endocranica, perchè l'intervento può dare la morte in questi casi.

Encefalografia. Si introducono nel rachide due aghi fra 4° e 5° lombare a malato in decubito laterale; si vuota del liquor e si introduce gas. L'encefalografia *è indicata* nei traumi, nei processi infiammatori, nella vecchiaia, nell'epilessia, nell'emorragia cerebrale, nei tumori cerebrali, nell'emiplegia, nelle lesioni dei neonati. È controindicato se la pressione del liquor in posizione laterale è inferiore a 20 mm. di Hg.

Esistono dei pericoli nell'encefalografia. Pancost e Fay ebbero 20 morti su 1529 casi (1,2 %). Mortalità dell'8,1 % ebbe Grant.

I vantaggi della ventricolografia sono la possibilità di vedere completamente i ventricoli e di localizzare varie lesioni cerebrali (tumori, ascessi, blocco ventricolare), gli svantaggi sono quelli di dover fare due incisioni delle parti molli e due perforazioni del cranio, di dover pungere il cervello, di poter provocare così delle emorragie, di poter anche provocare la morte, di non riuscire qualche volta a mettere in evidenza i ventricoli.

I vantaggi dell'encefalografia sono: la semplicità della tecnica che può essere eseguita anche nei bambini, la scarsa mortalità, la maggiore visibilità, la possibilità di guarire con essa la cefalea posttraumatica. Però qualche volta dà cefalea fortissima con nausea e vomito, non si può usare nei tumori della fossa posteriore perchè può provocare ernia foraminale, non permette un drenaggio buono dei corni posteriore e inferiore dei ventricoli.

A volte encefalo e ventricolografia sono entrambe necessarie nel medesimo malato.

R. LUSENA.

Diagnosi e cura delle suppurazioni croniche bronco-polmonari con la broncografia.

(G. FERRERI. *Il Valsalva*, n. 1, 1931).

La broncografia è un mezzo di semeiotica medica e radiologica che non è ancora largamente diffuso come si merita. Esso deve essere conosciuto almeno nelle sue linee principali dal medico il quale, anche se non lo applica direttamente, deve inviare a tempo il malato dallo specialista, in modo da assodare una diagnosi spesso di grande importanza per l'infermo o da stabilire in tempo la cura adatta.

L'Autore mette in luce il valore di questo metodo per la diagnosi e la cura di molte malattie bronco-polmonari, basandosi soprattutto sull'esperienza personale di una trentina di malati, di alcuni dei quali riporta le storie e riproduce delle eccellenti broncografie. Rimandiamo all'articolo originale il lettore che voglia approfondire l'argomento, limitandoci qui a dare qualche cenno che possa interessare il medico internista.

La broncografia consiste, come è noto, nell'introduzione di una sostanza (lipiodolo, jodipina) nell'albero bronchiale, per via intrabronchiale o transglottidea; quest'ultimo sistema è il più semplice e si pratica con l'introduzione di una semplice Nélaton, previa anestesia locale. L'olio jodato è opaco ai raggi X, per cui la discesa di esso può essere seguita gradatamente allo schermo e l'immagine, nella posizione più interessante, può essere fissata sulla pellicola.

L'indicazione viene generalmente data dal giudizio associato dell'internista, del radiologo e del laringologo. Il suo uso s'impone quando occorra, in un infermo con suppurazione cronica bronco-polmonare, fare una diagnosi differenziale fra bronchiettasie, ascesso polmonare, fistola bronco-pleurica, empiema, ecc. oppure quando si voglia decidere su una localizzazione fra lobo superiore ed inferiore. La broncografia è poi specialmente utile quando si voglia esplorare quella zona di polmone o di pleura che viene di solito mascherata nel polmone sinistro dall'ombra cardiaca.

Il metodo è, generalmente, innocuo, in malati a temperamento non nevropatico, con riflessi locali e generali modesti. Di grande utilità esso riesce nei bambini, permettendo di esplorare e fissare delle immagini bronchiectasiche quando la lesione sia nello stato iniziale e s'imponga la diagnosi con un processo tubercolare, quale può essere sospettato in bambini tossicolosi e deperiti.

Fra i casi riportati dall'A., citiamo quello di un'istitutrice che era stata allontanata dalla famiglia in cui viveva per il sospetto di tubercolosi, avvalorato dalla presenza di tosse e di qualche lieve emottisi; la broncografia dimostrò trattarsi invece di bronchiettasie cilindriche e clavate a carico dei lobi inferiori. In altri casi, invece di un'ascesso polmonare, che era sospettato, si trovarono delle bronchiettasie.

La broncografia, però, non ha soltanto valore diagnostico ma anche curativo, specialmente nelle forme di suppurazioni polmonari acute e subacute. I casi più favorevoli sono quelli con gangrena polmonare in cui la broncografia portò a guarigione completa, dopo una a tre applicazioni. Per la cura degli ascessi polmonari la broncografia potrà pure dare notevoli vantaggi nelle forme ilàri, profonde, inaccessibili alla chirurgia, la quale sarà invece più indicata negli ascessi superficiali.

Come si vede, tale metodo, bene applicato può essere di grande utilità per la diagnosi e per la cura. *fil.*

Istologia del cancro della bocca in rapporto alla prognosi e alla radiosensibilità.

(R. PHILLIPS. *The Lancet*, 17 gennaio 1931).

La cura del cancro col radio ha dato impulso a studi istologici, perchè molti ritengono che la spiegazione della radiosensibilità e della radioresistenza si debba cercare nell'istologia del tumore.

Broders ha fatto una classificazione del cancro secondo la percentuale di cellule differenziate e precisamente: 1° grado in cui si ha dal 75-100 % di cellule differenziate e del 0-25 % di cellule indifferenziate; 2° grado con 50-75 % di cellule differenziate e 25-50 % indifferenziate, 3° grado con 25-50 % di cellule differenziate e 50-75 % indifferenziate; 4° grado con 0-25 % di cellule differenziate e 75-100 % indifferenziate.

I casi studiati dall'A. comprendono cancri delle labbra, della lingua, del pavimento della bocca, delle tonsille e del palato, curati all'ospedale di S. Bartolomeo a Londra dal 1921 al 1927, più i casi curati colle irradiazioni nel 1928 e 1929. Egli ha diviso i cancri in 4 gruppi modificando il tipo di classificazione di Broders. Ha studiato 319 casi, di cui 71 trattati con radioterapia seguiti per un anno e più per distinguere le modificazioni del tumore primitivo. Degli altri casi, 208 sono stati seguiti per 3 anni e più. Da questo studio furono esclusi 40 casi perduti di vista e 8 morti dopo l'operazione.

Dalle sue osservazioni l'A. sostiene che esiste un rapporto fra la classificazione istologica e la prognosi clinica e precisamente: i cancri del labbro inferiore appartengono istologicamente al grado 1° e 2° e sono, clinicamente, relativamente meno gravi di quelli tonsillari che appartengono al grado 3° e 4°.

Inoltre nei gradi 3° e 4° c'è una maggiore rapidità di sviluppo del tumore e una minore durata della guarigione, come pure della sopravvivenza postoperatoria. Le metastasi linfatiche del cancro appaiono istologicamente identiche al tumore primitivo.

Le recidive compaiono più presto nei cancri del 4° grado.

Però l'A. non ha provato nessun rapporto fra la reattività del cancro alle irradiazioni e il suo aspetto istologico e ritiene che questo si possa spiegare coll'ipotesi che le irradiazioni modifichino le cellule dei cancri di 1° grado fino a differenziarle nettamente dal tessuto embrionale, mentre uccidano le cellule dei cancri di 4° grado. R. LUSENA.

Osservazioni sulla terapia in profondità di tumori maligni, con presentazione di malati.

(H. HOLFELDER. *Die Med. Welt*, 45, 1930).

L'A. ricorda che l'azione dei raggi X poggia su precise leggi ottico-fisiche: e non è vero che i tumori maligni presentino una speciale radio-sensibilità.

Tutto il ricambio del corpo, e tutto il circolo sono coinvolti in quest'azione dei raggi; ed è necessario sapere dove e come si debbano concentrare le dosi terapeutiche d'irradiazione, allo scopo di non danneggiare le altre forze di difesa dell'organismo che debbono cooperare con i raggi.

È quindi necessario apprendere l'arte dell'intervento radiologico: e questo viene praticato, di solito, con due criteri diversi: o a dosi decrescenti, o a dosi sempre uguali; s'intende, d'altra parte, che ogni singolo caso dovrà essere trattato a seconda delle sue esigenze.

L'A. cita poi molti casi di tumori (sarcomi melanotici della cute, linfosarcomi, linfogranulomi, angiomi, tumori dell'ipofisi, sarcomi delle ossa e carcinomi) in cui la radioterapia ha ottenuto esiti brillantissimi; e ne trae motivo per esprimere la sua speranza fondata altresì su studii in corso, che anche i neoplasmi dell'apparato digerente possano essere aggrediti per questa via, e che i tumori chirurgicamente inoperabili possano ancora giovarsi delle irradiazioni.

V. SERRA.

INFESTAZIONI.

Sull'infestazione da anchilostoma a Milano.

(C. A. RAGAZZI E R. SEGRE. *Min. Med.* n. 6, febbr. 1931).

Lo studio e le ricerche epidemiologiche nei dintorni di Milano sono nei riguardi dell'anchilostomiasi stati promossi da un caso interessante di anchilostomiasi capitato in clinica. Si trattava d'un individuo, contadino, di anni 47, ricoverato per scompenso cardiaco e grave anemia. Senza precedenti anamnestici, egli presenta ingrandimento in toto dell'aia di ottusità cardiaca, soffio sistolico intenso, che copre quasi completamente il primo tono, alla punta, che si propaga verso l'ascella di sinistra e nella regione dell'angolo della scapola; il secondo tono polmonare è nettamente rinforzato.

L'esame del sangue mise in evidenza un'anemia con valore globulare basso, e netta eosinofilia.

Nelle feci si ebbe reperto positivo per l'anchilostoma.

In seguito alla presente osservazione clinica, gli AA. vollero estendere le ricerche epidemiologiche nella zona donde proveniva il paziente, e tali ricerche confermarono la larga diffusione dell'anchilostomia tra gli abitanti della zona.

Si tratta sopratutto di posti rurali, ove i contadini vivono in cattive condizioni igieniche, lavorano i campi scalzi, e su terreni non sempre igienici per lo scolo delle acque, e per la cattiva concimazione che viene adottata, mercè le feci dei pozzi neri.

Passando a considerazioni cliniche sul caso preso in esame e su quelli che successivamente capitarono all'osservazione, si possono trarre le seguenti conclusioni: l'anchilostomiasi si presenta con un anemia a tipo secondario, la quale deve essere attribuita non solo alle frequenti sottrazioni sanguigne fatte dal parassita, ma anche alla tossina dello stesso anchilostoma, la quale agisce sul sangue e sugli organi ematopoietici provocando un'anemia a basso valore globulare.

Ma un'altra notevole alterazione è prodotta dall'anchilostoma a carico dei visceri; e particolarmente del miocardio. Talora è tale alterazione che predomina nel quadro clinico, ed i sintomi dello scompenso cardiaco, sopratutto a carico delle cavità destre, con aumento di volume del cuore, talora notevole, edemi e dispnea è la sintomatologia che colpisce per prima.

Tuttavia queste lesioni cardiache, le quali presentano tutti i segni d'una insufficienza valvolare, all'autopsia mostrano integre le valvole, gli ostii e gli endoteli, per modo che queste turbe sono dovute a disturbi funzionali della valvola, il cui meccanismo è forse da imputarsi a cattiva funzione dei muscoli che aiutano la valvola nella sua funzione, e cioè dei muscoli atrio-ventricolari e forse papillari.

Le lesioni degenerative riscontrate a carico del miocardio di pazienti affetti da anchilostoma sono verosimilmente dovute a quella stessa causa che agisce sul sangue, sul fegato e sul rene.

Per ultimo ricordiamo che Broe e Joubert richiamano l'attenzione sulla seguente triade, per la diagnosi di anchilostomiasi: tinta pallida speciale della cute, assenza di tumor di milza, e presenza di soffio sistolico permanente alla punta.

L. CARUSI.

Sulla patogenicità di taluni parassiti dell'intestino umano.

(A. ALLODI. *Archivio di Patologia e Clinica Medica*, dicembre 1930).

La patogenicità di molti protozoi parassiti dell'intestino umano è stata riconosciuta e dimostrata clinicamente e sperimentalmente ed

il numero delle specie ritenute patogene si è accresciuta notevolmente in questi ultimi tempi. Rispetto all'assegnazione di un potere patogeno esistono ancora, al contrario, divergenze di vedute da parte dei vari autori. Le principali difficoltà che si incontrano nello studio dell'importanza clinica di talune parassitosi, consistono nel fatto che non si può sempre sceverare quanto nel determinismo delle alterazioni morbose che occorrono alla nostra osservazione, spetti all'azione dei parassiti e quanto invece sia da ricondurre ad altri fattori capaci di determinare le stesse alterazioni, anche quando i parassiti non siano in causa. Si aggiunga che i quadri morbosi che si osservano e che si accompagnano a presenza dei protozoi in determinate parti dell'organismo, sono molto proteiformi e variabili di grado per via di condizioni individuali dell'ospite e per causa anche di variabilità dei caratteri biologici dei parassiti stessi.

L'A. illustra 21 casi di lambliasi che ha potuto osservare dal 1927. In tutti questi casi i parassiti erano presenti nella bile; in 16 fra essi erano presenti delle cisti nelle feci ed in 17 esistevano fatti infiammatori, tanto da imporre la diagnosi di colangite o di colecistite.

Resta così confermato che i parassiti possono invadere le vie biliari e la vescicola biliare, determinandovi dei veri processi infiammatori.

La lambliasi intestinale si accompagna a quadri di enterite con alterazioni solo funzionali del colon (dispepsie fermentative) oppure a veri processi colitici di vario grado. I sintomi generali sono in genere poco manifesti. Qualunque procedimento terapeutico non esplica che un'azione temporanea.

Nella chilomastiasi si osserva il quadro di una enterocolite di grado vario, ma nella maggior parte dei casi di particolare gravità.

L'entoameba coli può determinare dei veri processi infiammatori dell'intestino che sono attenuati dalla terapia specifica.

Da un punto di vista generale, la patogenicità dei parassiti non deve soltanto ammettersi quando essi determinano lesioni bene caratterizzate, ma il concetto di patogenicità deve essere inteso per i parassiti studiati in senso più largo, tenendo conto anche della possibilità che essi determinino direttamente o indirettamente alterazioni soltanto a tipo infiammatorio e quindi anatomo-patologicamente poco evidenti.

Criteri da tenere presenti nei casi speciali per ammettere la patogenicità dei protozoi sono, tra gli altri, il numero di essi, la loro presenza per lungo tempo, il rapporto tra i disturbi dei pazienti, decorso dell'affezione e le caratteristiche funzionali dell'intestino e l'azione del trattamento specifico.

C. Toscano.

L'infestazione da ascaridi.

(C. F. Otto. *Journ. Amer. Med. Associat.*, 19 luglio 1930).

L'A., in una località della Virginia meridionale, ha esaminato un gruppo di 157 persone, nella primavera ed al principio dell'estate, sottoponendo al trattamento con olio di chenopodio quelli che erano stati trovati infestati con ascaridi. Un successivo esame delle feci, praticato verso la fine dell'estate, dimostrò che la quantità delle uova di ascaridi si era ridotta complessivamente di un terzo, ma viceversa si trovarono infestati degli individui che non lo erano alle date del primo esame. Nella primavera successiva, il numero delle uova di ascaridi nelle feci era ritornato alla quantità osservata la prima volta.

È probabile che vi sia un ciclo stagionale nella vita dell'ascaride nell'uomo e, ad ogni modo, è certo che la sola cura non accompagnata dalle necessarie misure di igiene (impianti di latrine adatte) risulta inefficace.

fil.

Lambliasi e trichomoniasi nei bambini.

(Gourevitsch. *Arch. f. Sch.- und Tropen-Hygiene u. s. w.*, Bd. 35, H. 1. 1931).

L'A. ricorda come molti Autori (tra cui gli italiani Rossi e Galli-Valerio) abbiano ritrovato lamblie e Trichomonas nelle feci di uomini sani, cosicchè si deve ammettere che questi flagellati siano diffusi in tutte le parti del mondo.

Il contagio avviene da uomo a uomo, ma anche gli animali domestici e i ratti hanno una certa importanza a questo riguardo.

Lambel — nel 1859 — ammise che il parassita da lui scoperto fosse patogeno per l'uomo: ma il suo modo di vedere non incontrò il favore degli altri AA. che lo trovarono anche nell'uomo sano e ne spiegarono in varia guisa la frequenza e l'abbondanza nelle feci diarroiche.

Oggi invece — anche in base all'esperienza della guerra — si deve ammettere che questi flagellati sono capaci di determinare vere e proprie malattie del canale digerente: oltre alle numerose manifestazioni morbose (diarree, manifestazioni colerasimili, itteri, angiocoliti, ecc. per la lamblia, ascessi polmonari ecc. per il trichomonas) in cui fu accertata la loro presenza, è certo che essi sono capaci di determinare delle malattie primitive.

L'A. ricorda la classificazione dettata dal Piccioli, che distingueva infiammazioni dell'intestino dissenteriformi, subacute e dispeptiche; l'accetta anzi, pur accennando che tale schematismo non è sempre applicabile in clinica.

Tutte e tre le forme si caratterizzano per i dolori addominali, il vomito, il tenesmo e la anoressia. La terapia si fonda su un vero arsenale di medicina, dal timolo all'ipecacuana e

dal bismuto alla santonina; indice questo che non si conosce un rimedio veramente efficace.

L'A. ha studiato 34 casi, appartenenti per la maggior parte alla 2ª forma del Piccioli. Egli ha usato il Myosalvarsan che ha la caratteristica di essere riassorbito lentamente, onde la sua azione è, sì, meno violenta ma più duratura. Per analogia a quanto vediamo avvenire nella malaria, si deve ammettere che l'azione di questo medicamento si esplichi sugli organi deputati ad azione di protezione o di difesa: cioè sul reticolo-endotelio.

Nelle infezioni da protozoi e da flagellati si ha — senza dubbio — un blocco del reticolo endotelio; ed è appunto questo blocco che il Myosalvarsan abolisce, rendendo gli elementi reticolo-endoteliali alle loro specifiche funzioni di difesa. Le dosi adoperate hanno oscillato tra 0,03 e 0,1.

Nella maggioranza dei casi si è ottenuta la guarigione, e in tutti indistintamente un miglioramento spiccato delle condizioni generali dell'alvo, un ritorno dell'appetito e del colorito.

Tale metodo di terapia appare dunque utile e degno di essere largamente applicato.

V. SERRA.

Il tetracloruro di carbonio rimedio efficace contro gli ossiuri e le tenie.

(AKIL-MOUKTAR. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des hôp. de Paris*, 9 febbraio 1931).

Il tetracloruro di carbonio, che è il migliore medicamento contro il necator, agisce come un vermifugo potente contro gli ossiuri. È indispensabile però usare del tetracloruro molto puro. In queste condizioni, la sua tossicità appare due volte e mezzo minore di quella del cloroformio.

L'A. dà agli adulti al mattino a digiuno 3 cc. del medicamento, in 60 g. di sciroppo di gomma, in due volte con una mezz'ora di intervallo. Una mezz'ora dopo somministra da 30 a 40 g. di solfato di magnesio. Per i bambini di più di 5 anni la dose è di 2/10 di cc. per anno d'età; invece del solfato di magnesio si somministra in seguito della magnesia calcinata alla dose di 50 centigr. per anno di età. Un punto molto importante per la riuscita della cura è di agitare bene il flacone prima di somministrare il medicamento e di non lasciar nulla nel fondo.

Questo trattamento agisce molto più sicuramente degli altri e dà un risultato durevole.

Esso è poco efficace contro gli ascaridi. Dà invece eccellenti risultati contro la *taenia mediocanelata*. In molti casi l'effetto comincia a prodursi due o tre ore dopo aver somministrato il purgativo e la tenia è emessa, con la sua testa, con la seconda o la terza scarica.

Il tetracloruro di carbonio è preso con facilità.

C. TOSCANO.

CENNI BIBLIOGRAFICI [1]

Précis de Pathologie Médicale. Vol. III. *Maladies de l'appareil respiratoire*. II edizione. Vol. in-8° di pagg. 750. Masson et C.ie, Paris, 1931. Fr. 70.

Il vol. III di questo compendio di Patologia Medica era già da tempo esaurito e quindi giunse opportuna questa seconda edizione curata dai proff. Bezançon e Jong con la collaborazione del dott. Bloch.

Tali autori, noti per la loro autorità in materia, fanno in questo volume un'esposizione completa di quanto allo stato attuale della scienza, un medico pratico, deve sapere delle malattie dell'apparato respiratorio, lasciando pertanto da parte le nozioni ancora di dominio dell'ipotesi e quelle di puro interesse storico.

Adeguato sviluppo gli AA. hanno dato al capitolo riguardante la tubercolosi polmonare nel quale, in forma sintetica, sono anche descritti i metodi di terapia chirurgica oggi più in uso.

Il libro è illustrato da numerose figure, delle quali alcune anche a colori ed altre riproducenti interessanti reperti radiografici.

A. POZZI.

BURNAND RENÉ. *L'auscultation dans le diagnostique de la tuberculose pleuro-pulmonaire*. Masson et C.ie, édit. Paris. Pag. 196, con 51 figure.

Questo vero e completo Trattato di semeiotica, costituisce la valorizzazione dell'ascoltazione quale metodo di indagine diagnostica nelle lesioni polmonari, nei tempi moderni sempre più oppressa e relegata a piani progressivamente inferiori, da taluni metodi recenti di ricerca, in prima linea dalla Radiologia. Non è però a credere che l'esperienza ben conosciuta dell'A. in simile argomento, porti nel libro in questione ad una opposizione dei due metodi di indagine: tutt'altro anzi, e qui è il grande valore del libro, il Burnand cerca di armonizzare i metodi radiologici e stetoacustici con una acuta revisione del significato dei classici sintomi acustici guidata dalla radiologia moderna.

Oltre alla parte puramente semeiologica nel Trattato del Burnand deve rilevarsi una parte clinica, di Clinica moderna tisiologica, molti essendo i capitoli destinati all'inquadramento delle attuali nozioni sulla tubercolosi pleuro polmonare, sulla sindrome cavitaria, sulla sindrome granulica, pneumonica e splenopneumonica.

Numerose riproduzioni radiografiche delle varie sindromi, dei vari aspetti della tubercolo-

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

si, con in calce lo schema stetoacustico corrispondente, completano il volume e formano la guida per lo studente, per il pratico, per il tisiologo per l'interpretazione dei casi più astrusi.

MONTELEONE.

A. BACMEISTER. *Lehrbuch der Lungen, Krankheiten.* Vol. di pag. 404 con 222 figure, IV edizione. Edit. G. Thieme, Lipsia, 1931.

Il susseguirsi rapido delle edizioni dimostra il successo che ha incontrato il libro del Bacmeister sulle malattie del polmone. Nei primi capitoli è trattata l'anatomia e la fisiologia, molto in esteso la semeiotica. Gli altri capitoli sono divisi a seconda della malattia; in tutti è fatta parte preponderante alla sintomatologia e alla diagnosi differenziale.

Belle illustrazioni rendono evidenti i reperti anatomo-patologici e radiologici più comuni. Il libro è edito in bellissima veste tipografica.

P. VALDONI.

M. LÉON-KINDBERG. *La collapsothérapie de la tuberculose pulmonaire.* 2ª ed. Vol. in-16° di pagg. 182 con 19 fig. Masson e C., 1931. Fr. 22.

Questo piccolo libro pratico ha principalmente lo scopo di far conoscere al medico le indicazioni di un trattamento che, per riuscire assai efficace, deve essere istituito non appena la diagnosi di tubercolosi evolutiva è posta.

Contiene pertanto insegnamenti d'ordine pratico concernenti il modo di azione, le cause di successo e quelle di insuccesso, l'importanza della sorveglianza medica e radiologica, ecc.

L'A. cerca di mettere sopratutto in evidenza l'importanza capitale che ha la collassoterapia nel trattamento della tbc. polmonare, specie dal punto di vista sociale, e pertanto il metodo merita la più ampia diffusione.

Oltre al pneumotorace artificiale classico, l'A. studia le diverse varietà di esso ed i diversi interventi chirurgici, che possono completarlo o sostituirlo.

L'A. infine, noto per la sua competenza, sviluppa e difende nelle conclusioni alcune sue idee personali sul trattamento della tisi.

A. POZZI.

L. BARD. *L'emphysème.* Vol. in-8° di pag. 60. G. Doin et C. Paris, 1930. Fr. 16.

Pur essendo l'enfisema polmonare una delle affezioni più frequenti ed abbastanza note, tuttavia la molteplicità delle sue cause e la diversità consecutiva delle sue forme, sollevano spesso problemi clinici importanti e non facili ad essere risolti.

Causa grande d'imprecisione anzitutto è l'uso di un termine unico per la lesione anatomica e per le malattie croniche, di cui questa lesione è la caratteristica principale, mentre occorre completare questa prima tappa per la diagnosi dell'entità morbosa, di cui l'alterazione della struttura del parenchimale polmonare non è che uno degli elementi costitutivi.

Una diagnosi più complessa invece oltre ad essere indispensabile per la pratica, permette di precisare l'evoluzione e la prognosi dei casi individuali e di dirigere efficacemente la terapia.

L'A. pertanto ha separato sistematicamente lo studio diagnostico e terapeutico dell'enfisema anatomico da quello dell'enfisema malattia, mentre per riportare più facilmente alle forme cliniche i casi individuali, l'A. tratta della diagnosi di quest'ultimi in sottocapitoli distinti, al termine della esposizione di ogni forma clinica principale.

Questo bel volumetto è uno dei primi comparsi della nuova collezione pubblicata sotto la direzione del prof. Sergent *La pratique Médicale Illustrée.*

A. POZZI.

Questions cliniques d'actualité. (Leçons professées à la Charité. Service du prof. SERGENT). Masson et C.ie, édit. Paris, 1930.

È una raccolta di Conferenze tenute all'Ospedale della Charité da studiosi versati nei singoli argomenti: è la più bella « messa a punto » di palpitanti argomenti. Già una prima serie di conferenze del genere fu raccolta in un volume comparso due anni fa: il successo dell'iniziativa fu tale che questo primo volume attualmente è esaurito.

In questo secondo volume notiamo una conferenza dl Sergent « sui nuovi orizzonti della tisiologia », del Rist « sull'interrogatorio in tisiologia », del Binet « sull'occlusione intestinale », del Lian « sull'angina acuta delle coronarie, febbrile », del Mignot « sulla terapia insulinica nelle affezioni non diabetiche », del Paulian « sulla piretoterapia nelle malattie del sistema nervoso », del Bonorino Udaondo « sulla tetania gastrica », dello Janet « sulla acrodinia », dell'Haibe; del Turpin, del Loeper, del Mainini, del Morquio, del Pruvost « sui versamenti siero-fibrinosi pleurici pseudo-tubercolari », del Gouverneur « sul cancro del rene », del Descomps, del Lesné « sull'asma infantile » ecc.

Ciascuno porta nella trattazione dell'argomento la propria esperienza, il risultato delle proprie ricerche cliniche e biologiche.

Anche a questa seconda raccolta non mancherà di arridere il successo incontrato dalla prima.

MONTELEONE.

DISCUSSIONI IMPORTANTI.

Contributo alla terapia dei fibromi uterini.[1]

Prof. V. ARTOM DI SANT'ANGESE - (Roma).

Il riassunto della relazione del prof. Bacialli sul tema « Miomectomia » così conclude:

« Dal complesso delle osservazioni cliniche sin qui apparse e più che dalla esperienza personale, dagli esiti ormai a tutti noti è apparso al relatore che la Miomectomia e la Enucleazione fuori di gravidanza, allorchè il nucleo fibromatoso è totalmente asportabile, quando appaiono normali le condizioni del rimanente corpo uterino, quando l'atto operativo garantisca per sè stesso buona, sicura riparazione locale e la ripresa della normalità anatomica e funzionale dell'organo, siano essi atti operativi, rispondenti agli scopi che la chirurgia conservatrice si propone. Tali scopi sono falliti allorchè non si sono seguite quelle direttive e quelle indicazioni che si possono chiamare essenzialmente « ginecologiche ».

Non si può che associarsi completamente alle conclusioni misurate e prudenti del relatore.

Ognuno di noi porta con sè nell'esercizio clinico l'impressione ed il ricordo di qualche caso che ha avuto occasione di osservare e che lo ha particolarmente colpito e che continua ad influire anche a distanza di tempo sul modo di giudicare in casi consimili, specie in rapporto con l'uno o l'altro metodo di terapia o di tecnica operatoria. Così è accaduto a me di osservare parecchi anni addietro un caso di enucleazione di fibromi con conseguenze tutt'altro che liete; ed esso mi si riaffaccia alla mente ogni volta mi si ripresenti il problema della miomectomia. Si trattava di una donna di 27 o 28 anni, già madre di due figli, alla quale fu da un valoroso collega praticata la enucleazione di alcuni nodi fibrosi. Breve tempo dopo l'operazione la donna rimase incinta e nel corso dei primi mesi di gravidanza si ebbe lo sviluppo di altri nodi fibrosi, evidentemente passati inosservati per la loro piccolezza o la loro ubicazione all'atto della prima operazione, con la conseguenza di un aborto complicato da interventi piuttosto difficili e da sequele febbrili. Proseguendo i disturbi derivanti dai fibromi, questa donna che, per gli interventi operativi cui era stata assoggettata, aveva acquistato un sacro orrore della chirurgia, fu sottoposta a cura radioterapica, conseguendo bensì la guarigione del fibroma, ma con una serie di complicanze dovute alla precoce menopausa indotta dai raggi e con gravi turbe del sistema nervoso, tali da portare praticamente allo sfacelo di una famiglia. Questo caso mi ha fatto lungamente riflettere sulla necessità di ponderare molto bene il pro ed il contro di un intervento di questo genere, il quale non è, a mio giudizio, giustificabile che quando si abbia non dico la certezza, ma una altissima percentuale di probabilità, desunte dall'esame accurato dell'utero a ventre aperto, di poter essere al sicuro da una recidiva a breve distanza di tempo.

Un altro caso è capitato alla mia osservazione, avendo dovuto, a distanza di un paio di anni da una subìta enucleazione, operare di isterectomia subtotale una donna quarantenne. Finalmente di recente ho avuto occasione di visitare una signora straniera, operata un anno e mezzo fa da un distinto ginecologo anch'esso straniero e nella quale si sono rinnovate le metrorragie e vi è un nodo fibroso apprezzabile; cosicchè vi è di nuovo la necessità di un provvedimento chirurgico od altro genere di cura.

Se lo scopo che si propone la chirurgia conservatrice dell'utero, la conservazione delle possibilità della maternità e la conservazione delle altre funzioni fisiologiche, è certamente lodevolissimo e da perseguire come principio direttivo, ho la convinzione che non si debba perseguirlo ad oltranza, trascurando gli altri rischi (non parlo delle difficoltà tecniche per lo più facilmente superabili), tra i quali in prima linea quello della possibile riproduzione del tumore. Occorre tener presente che tale eventualità ha importanza morale e materiale grandissime, in particolar modo quando si riferisce a donne le quali hanno già dei figli, un marito, una casa da guidare. Noi chirurgi pensiamo con una certa disinvoltura ad un nuovo intervento chirurgico, ma dobbiamo considerare che ben diverso è il sentimento di chi debba sottoporsi a questo nuovo intervento e dei congiunti relativi; da tutti i quali questo fatto sarà considerato un disastro. Perchè quella che a noi appare come una possibilità quasi naturale, la permanenza cioè di qualche minimo nodo fibroso che fatalmente sfuggirà anche al più attento chirurgo, non sarà nello stesso modo apprezzato da chi si è rivolto al chirurgo per essere liberato del proprio male e già una prima volta ha dovuto passare per l'angosciosa trafila della preparazione morale ad un atto operativo, delle sofferenze dell'intervento stesso, dei danni materiali, che sono anch'essi da tener in conto.

---

(1) Comunicazione al Congresso della Soc. It. di Ostetricia e Ginec. 18-21 dicembre 1930.

Voglio dire con questo che si debba essere corrivi con gli interventi demolitori? No certamente: durante l'età feconda è importantissimo, è doveroso cercare di evitare a una donna una mutilazione. Ma non bisogna contentarsi del successo immediato, e si deve decidere caso per caso a ventre aperto la linea da seguire, guardando ai risultati definitivi e preoccupandosi di evitare una recidiva che è umiliante per il chirurgo, mentre rappresenta nuova e più grave sofferenza per la paziente.

Si deve d'altra parte riconoscere che la miomectomia è operazione che può dare i più brillanti risultati e procurare all'operatore le maggiori soddisfazioni quando il caso sia stato opportunamente scelto, ed io stesso posso vantare un recente brillante successo in questo campo. Una signora di 34 anni, moglie da vari anni di un distinto collega di Perugia e sterile, portatrice di un fibroma del volume di un arancio, sviluppato a carico della parete anteriore dell'utero e che teneva l'utero in retroflessione, da me operata di enucleazione del tumore e di isteropessi con il lembo peritoneale alla Pestalozza sulla fine del 1928, nell'aprile di quest'anno dava alla luce un bimbo a termine, assistita dal collega prof. Scaglione, il quale mi ha confermato oggi stesso come tutto abbia proceduto in maniera perfettamente normale.

Passando ad altro argomento sempre in tema di terapia dei fibromi, vorrei dire due parole sulla cura con i raggi X. I ginecologi affermano che non tutti i fibromi si prestano ugualmente bene a tale terapia; p. es. i fibromi sottomucosi dovrebbero esser esclusi, tutti secondo alcuni, secondo altri soltanto quelli che sporgono nella cavità, mentre sarebbe discutibile il caso dei fibromi a larga base d'impianto specie retrocervicale. Ma i radiologi, per lo meno alcuni anche tra i maggiori, ritengono che tutti i fibromi, per quanto si riferisce alla sede, sono suscettibili di essere curati con i raggi X.

Ora non v'è alcun dubbio che i raggi possano essere utilissimi nella cura dei fibromi interstiziali in donne non lontane dalla menopausa e nelle quali quindi non v'è la preoccupazione di risparmiare la funzione ovarica. Invece, che i fibromi sottomucosi, anche quelli a larga base d'impianto, non siano sempre beneficamente influenzati dai raggi è dimostrato dalla non rara occorrenza di casi in cui si deve in secondo tempo intervenire chirurgicamente. Pubblicazioni di simili casi ve ne hanno molte, ma poichè la questione non è ancor risoluta, e persiste divario di opinioni in proposito, ad accumulare dei fatti reputo non inutile riferire brevemente di tre casi nei quali nel corso di pochi mesi ho dovuto intervenire con intervento demolitore in donne che si erano assoggettate alla cura radiologica. In un primo caso si è trattato di una donna cinquantenne, portatrice di un grosso fibroma retrocervicale, in cui l'applicazione dei raggi determinò tali emorragie da esser costretti all'intervento poco più di un mese dopo della cura per lo stato di gravissima anemia, tale da far temere esito letale se si fosse procrastinato l'intervento. In altri due casi si trattava di tumori irradiati rispettivamente 4 e 6 anni prima, in uno dei quali si era determinata una necrosi del tumore con saltuarie crisi di dolori espulsivi violentissimi e di secrezione siero-sanguigna; nell'altro vi era stato, dopo alcuni anni di tranquillità, una ripresa di mestruazioni, anche queste accompagnate da crisi dolorosissime prolungate, tali da porre la paziente, un'impiegata, nell'impossibilità di attendere al suo lavoro per varii giorni ogni mese.

Cistoma ovarico bilaterale (irradiato anni addietro con la diagnosi di fibroma). Una delle cisti, la destra (il pezzo anat. è fotografato dalla parte posteriore), era a sviluppo intralegamentoso.

Non parlo poi delle possibilità di errori diagnostici per i quali il tumore irradiato anzichè essere un fibroma è di diversa natura o è addirittura a carico di altro organo diverso dall'utero. Un esempio di queste possibilità ci è fornito dal pezzo anatomico che ho l'onore di dimostrare, un cistoma bilaterale dell'ovaio da me asportato per via laparotomica qualche settimana fa e che fu irradiato sei anni addietro come fibroma: di recente aveva ripreso a crescere (v. figura).

Non molto tempo fa il Faure ha parlato di casi analoghi alla Società di medicina di Parigi. Fortunatamente nel mio caso non si trattava di un tumore maligno e l'azione dei raggi non si è esplicata nella trasformazione di un tumore benigno in altro di cattiva natu-

ra, come appunto il Faure sostiene possa in simili circostanze avvenire: tuttavia esempi di questo genere debbono render cauti nella scelta del metodo di cura da usarsi nelle donne portatrici di fibromi, anche quando non vi sia una controindicazione alla cura dei raggi rappresentata dalla ancor giovane età della paziente e quindi dalla convenienza di evitare, anche se non si possa fare la sola enucleazione, la castrazione ovarica.

Si dà vanto ai raggi di non costituire un pericolo, cosicchè la mortalità viene ridotta a zero: e questo è di certo un argomento estremamente allettante per le persone che devono sottomettersi ad una cura. Però se si tien conto del fatto che oggi la mortalità per operazione di fibromi non complicati è bassissima, intorno all'1 %, e d'altra parte si hanno presenti i molteplici inconvenienti che si possono verificare in seguito a cure radiologiche e la possibilità di sequele anche mortali se lasciate a sè, sempre dolorose e prolungate e tali da richiedere in secondo tempo un intervento chirurgico, infine la possibilità di errori diagnostici sia di natura che di sede, mi pare che il bilancio della cura radiologica venga a restare piuttosto in difetto.

Questa mia breve comunicazione ha lo scopo di richiamare l'attenzione dei radiologi e sovratutto dei medici pratici, che per primi vengono in contatto con le pazienti e le orientano per la cura, su di alcuni lati ancora non del tutto chiariti del problema della cura dei fibromi e sulla possibilità di complicanze che molti di essi ignorano o per lo meno non hanno mai avuto occasione di osservare. Ho perciò creduto opportuno riferire alcuni fatti caduti sotto la mia osservazione: chi si volesse dare la pena di riunire tutte le comunicazioni analoghe isolate farebbe opera veramente utile nell'interesse delle pazienti, e che assai gioverebbe altresì per eliminare certi contrasti stridenti che appaiono talvolta tra le radicate opinioni di radiologi e ginecologi.

RIASSUNTO.

L'autore riconosce l'altissimo valore della miomectomia per la conservazione della funzionalità dell'apparato genitale femminile e anzitutto della maternità; ma pone in guardia contro il pericolo di riproduzione dei fibromi, che illustra con esempi.

Ritiene inoltre opportuno vengano chiarite alcune indicazioni sulla cura dei fibromi, in guisa che cessino alcuni stridenti contrasti esistenti tra le opinioni dei ginecologi e dei radiologi.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Piemontese di Chirurgia.

Seduta del 21 febbraio 1931.

Presidente: Prof. M. DONATI.

Le basi fisiomeccaniche del "fenomeno del ginocchio„ nella lussazione abituale della rotula.

Prof. A. LAVERMICOCCA. — L'O. ricorda la propria nota preventiva fatta al Congresso della Soc. Ital. di Ortop. nel 1922. In una ragazza con lussazione abituale della rotula sin. aveva notato, che quando la p. era in ginocchio, il ginocchio leso presentava degli scatti irregolari diretti da d. a sin. e che il movimento si arrestava senz'altro, quando, anche con un solo dito, un'altra persona dava appoggio al tronco della p.

L'O. premesse delle nozioni sulla posizione che assume l'artic. del ginocchio nella posizione di flessione ad angolo retto, ritiene che quando il quadricipite è lateralizzato, questo funzioni non più come estensore, ma come rotatore della gamba; la rotazione può avvenire verso l'interno o verso l'esterno secondo un asse i cui punti estremi sono situati alla tuberosità anter. tibiale ed alla estremità del piede. Il femore con il suo capo articolare distale sospeso mantiene il contatto con la tibia a mezzo dei legamenti crociati e segue i movimenti di rotazione impressi alla tibia e si sposta perciò ora all'interno ora all'esterno provocando il cosidetto « fenomeno del ginocchio ». Il fenomeno scompare negli ammalati che sono stati operati e guariti.

L'esposizione è stata accompagnata dalla proiezione di diapositive e da presentazione di grafici.

Esiti e cura di suppurazioni polmonari.

Prof. A. JACHIA. — L'O. espone tre casi dei quindici della sua statistica.

CASO I. Una donna che presentava vomica non era ancora guarita dopo sei mesi dall'inizio del pneumotorace; a quest'epoca l'esame radiografico dimostrava che il polmone era stato spinto in alto ed in avanti e che aderiva alle prime coste. Fu resecata la 2ª costa e parte della cartilagine costale, fu aperto l'ascesso e vi si introdusse della pasta di Beck che riuscì dannosa, perchè fu eliminata con l'espettorato. La p. guarì in tre mesi.

CASO II. In un uomo con bronchiectasie non tbc. riuscito vano ogni altro tentativo ha praticato la collassoterapia con resezione delle ultime sei coste in tutta la lunghezza. Il malato ha ripreso il lavoro da circa un anno.

CASO III. In una donna resecò la 7ª-8ª costa, aprì e drenò l'ascesso, ebbe miglioramento transitorio; a distanza di 4 mesi eseguì la frenicectomia senza risultato a cui fece seguire la resezione di 4 coste. Poco dopo la p. dovette essere operata di ascesso subfrenico.

Ma la cavità ascessuale non guariva ed allora l'O. resecò ampiamente i tratti limitrofi di coste sane e potè con un dito scollare dalla parete ascessuale una massa polmonare che costituiva la parete ascessuale.

Cura delle suppurazioni polmonari da corpo estraneo per le vie naturali col metodo broncoscopico.

Prof. A. MALAN. — Un ragazzo di 16 anni, quattro anni prima aveva inspirato una vite metallica che risiedeva nel bronco d. a livello della IV artic. condro-sternale d.; all'esame broncoscopico a 26 cm. dall'arcata dentaria si vede un tessuto di granulazione, che occlude il lume del bronco d.; si riconosce il corpo estraneo situato in una cavità piena di pus, il quale viene aspirato. Dopo 14 giorni il p. viene colpito da una crisi accessuale di tosse, dopo la quale all'esame radiografico si trova la vite nel bronco sin. ad un livello corrispondente a quello primitivo; essa viene estratta e si medica la cavità ascessuale del polmone con lipiodol.

L'O. raccomanda l'estrazione sollecita dei corpi estranei dai bronchi.

Due casi di resezione ortopedica della testa femorale.

Prof. U. CAMERA. — Nei due casi il sintoma che spinse il chirurgo ad intervenire è stato il dolore, che non ricomparve in nessuno dei due casi dopo l'intervento. Questo venne fatto per via anteriore, perchè con questa strada si rispettano al massimo grado gli apparati legamentosi e muscolari dell'anca.

Nel secondo caso, che riguarda un uomo di 34 anni, si nota la rigenerazione completa della testa femorale ed all'esame radiografico dell'anca si ha quasi l'impressione di trovarsi di fronte ad un'articolazione normale.

Un nuovo catetere uretrale.

Prof. M. NEGRO. — Il catetere è costituito da un nastro metallico; ad una estremità di questo è incastrata e saldata un'oliva metallica munita di due o tre occhielli facente col corpo un angolo che varia, a seconda del tipo, dal 25°-45°; all'altra estremità è innestato il padiglione.

L'O. fa notare che ad un calibro esterno X corrisponde un lume sensibilmente maggiore rispetto a quello di un catetere di gomma o seta gommata dello stesso calibro. Con l'uso di questo catetere si vincono facilmente gli eventuali spasmi degli sfinteri. VILLATA.

Società Medico-Chirurgica di Modena.

Adunanza del 18 febbraio 1931.

Presiede il prof. L. VACCARI.

Solchi e circonvoluzioni della porzione orbitale del lobo frontale nei delinquenti.

Dott. R. RUBBIANI. — L'O. riferisce di avere eseguito nel materiale della « Collezione Sperino » (ricca di ben 364 encefali di criminali e dei rispettivi scheletri) esistenti nel Museo Anatomico, una serie di ricerche sull'anatomia della faccia orbitale degli emisferi cerebrali, allo scopo di portare qualche contributo alla soluzione del problema, se esistano realmente, in base alla teoria lombrosiana, disposizioni tali da autorizzare a riconoscere che i cervelli dei delinquenti presentano differenze anatomiche di qualche entità in confronto con gli emisferi di individui normali.

Dai risultati delle sue osservazioni crede di poter trarre come conclusione che differenze, o meglio atipie vere e proprie non esistano nei cervelli dei delinquenti della « raccolta Sperino » le quali permettono almeno per questa regione cerebrale di riconoscere nel delinquente deviazioni notevoli dal tipo normale.

Segue la discussione.

Tonsillotomia e tonsillectomia.

Prof. E. PALLESTRINI. — L'O. dopo aver elencato i vantaggi indubbi della tonsillectomia sulla tonsillotomia, tratta della forma anatomica della loggia palatina; ponendo in evidenza quei particolari di anatomia chirurgica che valgono a chiarire la tecnica della tonsillectomia eseguita sia per discissione che con lo strumentario di Scluder. Presenta gli strumenti ed i ferri anatomici.

Paralisi periferica del ricorrente sinistro in vizio mitralico.

Dott. G. NANNINI. — L'O. riferisce di un caso clinico di paralisi del n. ricorrente sinistro in una giovane donna portatrice di un vizio mitralico con sintomatologia soggettiva muta. Rileva la discreta rarità dell'evenienza morbosa discutendo le varie ipotesi patogenetiche, prendendo anche in considerazione il rapporto clinico e di decorso fra paralisi periferica del n. ricorrente e cardiopatia.

Il Segretario: Prof. G. MARGRETH.

Ospedale Maggiore di Novara.

Seduta del 5 febbraio 1931.

Presidenza: Prof. L. BACIALLI.

Proposta di un nuovo metodo di cura per le algie periferiche: l'alcoolizzazione sottomeningea delle radici posteriori.

Prof. A. M. DOGLIOTTI. — L'O. descrive il metodo che da poco fu introdotto nella terapia e che consiste nell'iniezione di alcool assoluto in quantità di cc. 0,2-0,8 nello spazio sottomeningeo allo scopo di colpire, decimandole, le fibre costituenti le radici posteriori.

Dando al paziente una opportuna posizione si può far risalire l'alcool iniettato, grazie al suo potere di galleggiamento sul liquor, verso le radici che corrispondono al territorio sede del dolore.

Ha ottenuto ottimi risultati in forme gravi e ribelli di sciatica, dolori da artrite della colonna, dolori folgoranti della tabe. Crede si possa utilmente impiegare il metodo anche per dolori periferici e viscerali di altra origine (cancro inoperabile, algie addominali oscure, moncone di amputazione) nonchè a certi stati spasmodici per i quali si sono ottenuti vantaggi dalla radicotomia posteriore (acro-contratture, paralisi spastiche, morbo di Little, ecc.).

Le basi sperimentali di un nuovo intervento chirurgico per l'arricchimento dei nervi nella paralisi infantile.

Prof. A. M. DOGLIOTTI. — Esposti i fenomeni fondamentali conosciuti sulla rigenerazione e sugli innesti dei nervi periferici descrive un esperimento che dimostra la possibilità di ottenere da un terzo circa del moncone centrale di un nervo di moto suturato a tutto il moncone periferico la neurotizzazione di quasi tutto il moncone pe-

riferico grazie alla rigenerazione di due o più fibre da ognuna di quelle contenute nel moncone centrale.

In base ai fatti esposti l'O. propone un intervento chiurgico che può aver indicazione in qualche caso opportunamente selezionato di paralisi parziale di un nervo quale si verifica in certi esiti di poliomielite: l'intervento consiste nel taglio trasversale ed immediata risutura del nervo.

In questo modo si aprono tutte le vie periferiche del tronco nervoso degenerato alla rigenerazione delle fibre nervose residue del moncone centrale. Ammettendo che nel nervo persistano ad esempio cento fibre vitali delle mille costituenti il nervo normale si può sperare che dal capo centrale delle cento fibre recise partano 2-300 fibre rigenerate capaci ognuna di neurotizzare una fibra periferica degenerata.

Oltre al vantaggio di un accrescimento numerico delle fibre nervose si avrà anche il vantaggio di ottenere una loro più uniforme distribuzione in tutto il nervo, così da aversi una neurotizzazione più o meno cospicua di tutti i gruppi muscolari dipendenti dal nervo operato.

Il prof. C. F. BIANCHETTI riferisce *sulla paralisi tardiva del nervo radiale da frattura omerale.*

Il dott. V. GALLINA riferisce *sulla malformazione dei genitali femminili in sacco erniario.*

Il dott. P. BORELLA espone *un caso di tumore della regione cervicale di difficile interpretazione.*

Contributo allo studio della parotite post-operativa.

Dott. G. LAVATELLI. — L'O., riportando una osservazione di parotite post-operativa, espone le teorie più accreditate sulla patogenesi di questa rara affezione: in base alle sue vedute ed alle sue considerazioni, ritiene che la patogenesi di essa non sia unica, e che delle due vie di infezione, ematogena e canalicolare, or l'una or l'altra è chiamata in causa.

Il Segretario: Dott. R. MICOTTI.

Società Medico-Chirurgica Bresciana.

Seduta del 14 aprile 1931.

Presidente: Prof. U. BARATOZZI.

Sul funzionamento della Scuola Oftalmica per ametropi in Brescia.

Prof. E. RAVERDINO — Constatato che i difetti di refrazione diventano più frequenti ed in trenta anni circa nella città di Brescia la percentuale è salita dall'1 % al 25 % circa, è stata fondata in Brescia e funziona già per il secondo anno una scuola oftalmica per ametropi dove sono ammessi i bambini dalla 2ª alla 5ª classe elementare affetti da miopia elevata, da ipermetropia, da astigmatismo, da strabismo o ambliopia *ex non usu*, o con esiti di malattie del segmento anteriore del bulbo o delle membrane profonde i quali riducano la vista al di sotto dei 3/10.

Un diverticolo uretroscrotale contenente voluminoso calcolo.

Dott. P. SALVINI. — L'O. riferisce sopra un individuo di 46 anni il quale all'età di 3 anni, essendo stato colto da ritenzione acuta d'orina, venne operato di uretrotomia interna con estrazione di un piccolo calcolo incuneato nell'uretra perineale.

La breve incisione uretrale si sarebbe chiusa poi spontaneamente senza che ne residuasse alcun seno fistoloso. Più tardi il malato cominciò a notare qualche disturbo disurico alla fine della minzione. Fattosi adulto osservò che al perineo si palpava una piccola tumefazione pastosa la quale si ingrossava durante la minzione. Tale tumefazione andò poi gradatamente aumentando fino a guadagnare lo scroto; contemporaneamente peggiorarono i disturbi disurici, le orine divennero piuriche e il malato durante e alla fine di ogni minzione sentiva il bisogno di comprimere la sacca perineo-scrotale per svuotare la raccolta purulenta. Quando, forse per abuso professionale di bicicletta, la sacca si infiammò culminando in un flemmone perineo-scrotale che si aperse spontaneamente dando esito a grande quantità di urina purulenta. Ne residuò una fistola uretroperineoscrotale che si chiudeva e si riapriva a seconda che il malato si metteva in riposo o riprendeva il suo mestiere. Intanto andava formandosi nella sacca perineoscrotale una tumefazione dura, compatta, che raggiunse la grossezza di un uovo di gallina. Ultimamente, a fistola chiusa, comparvero fatti disurici intensi accompagnati da febbre a tipo settico così che il malato si presentò all'O. Dai dati dell'esame obiettivo e delle ricerche speciali l'O. ritenne trattarsi di un diverticolo uretroscrotale contenente un grosso calcolo, diagnosi che fu confermata dall'atto operatorio.

La fistola uretrale che rimase dopo l'incisione del colletto della sacca si chiuse in quattro settimane ed il malato tornò a orinare normalmente dal meato orinario.

Embriotomia sul vertice per idrocefalia.

Dott. T. V. PONSINI. — L'O. riferisce sopra un caso di polidramnios e feto idrocefalico in donna di 26 anni, nel quale egli, dopo un tentativo di applicazione del forcipe non riuscito per insufficente presa, resosi conto più esatto della situazione, intervenne perforando la testa fetale con esito di due litri di liquido e applicando poscia il cranioclaste del Braum. Il feto presentava oltre alla idrocefalia altre malformazioni. Il decorso puerperale della donna fu normale.

L'O. come causa dell'evento dà importanza al dato anamnestico che l'avo materno della puerpera era morto di paralisi progressiva

Il Segretario: Prof. M. FIAMBERTI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

DALLA PRATICA CORRENTE.

Ancora dell'azione abortiva della latto-terapia precoce nelle malattie infettive nostrane.

Prof. dott. T. Silvestri (Modena),
l. docente di Patologia medica.

Se le norme profilattiche vanno sempre più guadagnando terreno anche nell'opinione del pubblico; se la siero-vaccinazione profilattica fa abbastanza progressi tanto da poter dare l'illusione che in un avvenire non lontano la medicina sarà prevalentissimamente, se non esclusivamente profilattica, almeno nel vasto campo delle malattie infettive; non vi ha dubbio, a mio avviso, che nella serena attesa che questo avvenimento, altamente umanitario ed eminentemente sociale, economico, possa verificarsi, incombe al medico la ricerca affannosa, la selezione razionale, *l'applicazione tempestiva* di tutti quei metodi curativi, che valgono non solo ad aver ragione delle malattie in atto, ma ad abbreviare il corso ed a ridurre, per quanto è possibile, i danni sull'economia.

In questo vasto campo è ormai pacifico che la proteinterapia aspecifica occupa una posizione eminente, anzi proeminente, e che la lattoterapia ne detiene il posto d'onore.

Dell'argomento mi sono occupato in diverse note dal 1926 in poi, alle quali rimando per non ripetermi.

L'applicazione sistematica della lattoterapia nelle malattie infettive nostrane, la mia larga esperienza in argomento mi autorizzano ad affermare che di fronte a qualunque malato con sindrome infettiva è dovere del pratico di applicare senz'altro la lattoterapia, ricorrendo al latte intero sterilizzato, che è sempre alla portata, al lac, al caseal-calcico.

« La diagnosi precoce e precisa, così mi esprimevo, se è condizione *sine qua non* per intraprendere una cura razionale, efficace, nelle malattie, poche purtroppo, nelle quali ci gioviamo di una terapia specifica, non è poi indispensabile per iniziare un trattamento energico, pronto nelle altre infezioni nostrane, nelle quali Clinica e Laboratorio s'accordano nel riconoscere che l'organismo, almeno all'indizio di fronte ai germi in causa si difende press'a poco colle stesse modalità, che la vaccinoterapia specifica ed aspecifica agiscono allo stesso modo, ossia come proteinterapia aspecifica ».

Ma vi è di più: la lattoterapia è fortemente attiva anche contro la difterite ad es., e lungi dal disturbare, dal minorare l'efficacia della terapia specifica relativa, concorre sinergicamente colla medesima alla più rapida guarigione.

Nell'ultima pubblicazione « La lattoterapia ha realmente virtù abortive oltre che curative nella febbre tifoide » (in *Policlinico*, Sezione Pratica, 27, 1929), mi occupai esclusivamente degli effetti della medesima e con intenzione, avendo ormai raggiunto un numero tale di osservazioni da non lasciare più nessun dubbio sulla reale efficacia della lattoterapia, il che non era per le altre malattie infettive.

A questo momento io posso, senza tema di essere contradetto, affermare che la lattoterapia precoce esercita gli stessi effetti nei riguardi dell'*influenza* (oltre 200 casi), *del morbillo* (95 casi), *della parotite epidemica* (77 casi), *della febbre glandolare di Pfeiffer*, che per me il più spesso è un equivalente di *scarlattina*, *dell'eresipela* (21 casi).

Nella scarlattina, nella pneumonite crupposa ed influenzale la lattoterapia precoce non ha virtù abortive, e, a mio avviso, invano si cercherebbe nel metodo in parola una superiorità nei riguardi degli altri più in uso.

Io anzi da un po' di tempo considero la scarlattina come un *noli me tangere* e tratto sistematicamente la *pneumonite* con la digitale (1 gr. *pro die*, associata a cloruro di ammonio e tintura noce vomica aa gr. 3), perchè data precocemente non ha rivali.

Ho creduto di insistere ancora una volta sui vantaggi incalcolabili di una lattoterapia precoce, precocissima nelle malattie infettive nostrane, perchè aspettando si perde spesso la possibilità, la sicurezza di farle abortire, e perchè, data la sua efficacia ed innocuità, nessuno dovrà pentirsi di averla usata, anche se le osservazioni ulteriori lo costringeranno a correggere la diagnosi.

Volendo ora riassumere una parte dei miei risultati, mi sento autorizzato a concludere che:

1) Nella febbre tifoide (in senso lato) la lattoterapia iniziata nei primi 3 giorni, nel 4° al massimo, dà di regola *guarigione per crisi rapida;* dal 4° giorno fino al 7° compreso, per lisi, eccezionalmente per crisi tardiva. La lisi avviene con ritmo uniforme.

2) Nell'influenza se praticata nelle prime 24-26 ore, si ha:

a) guarigione per crisi, dopo la 1ª iniezione in 3/5 dei casi;

b) guarigione per crisi dopo la 2ª iniezione in quasi 2/5 dei casi;

c) guarigione per lisi rapida dopo la 2ª iniezione nel resto.

3) Nel morbillo, avendo la precauzione di incominciare la cura nel 1° giorno del periodo di invasione, si anticipano e si accorciano le diverse fasi della malattia, tanto che tutto il corso della medesima si svolge in 4-5 giorni dall'inizio del trattamento.

4) Nella parotite epidemica le virtù abortiva della lattoterapia precoce è di una costanza impressionante.

5) Le complicazioni, le ricadute sono eccezionali; la convalescenza breve e disgiunta da astenia, malessere ecc.

Possiamo acquietarci, sento obbiettarmi, sulla vostra diagnosi, tanto precoce?

Ora a parte che in tempi di epidemia la diagnosi si può facilmente formulare anche ad una prima visita, e con molte probabilità, io credo, salvo a colmare le eventuali lacune in seguito, che sia molto più preferibile vantare un successo in più che dover lamentare uno in meno per aspettare che i dati obbiettivi e biologici non lascino dubbio alcuno.

Delle mie note cliniche in parte pubblicate risulta ancora come la lattoterapia favorisca l'esplodere degli esantemi nelle malattie omonime, nella sifilide, e la comparsa precoce del tumore di milza, manifestazioni queste che se rappresentano reazioni di difesa, costituiscono ad un tempo degli elementi diagnostici non trascurabili.

La lattoterapia presenta talora anche un valore prognostico non indifferente: 5 casi di febbri tifoidi, in cui la lattoterapia fu indifferente affatto, si mostrarono ribelli a qualunque altro trattamento e la morte fu l'esito costante ed a breve scadenza.

Ma vi ha di più.

In un caso recente, in cui al curante ed a me s'impose la diagnosi di febbre tifoide, anche per una Widal debolmente positiva, diagnosi confermata anche da un illustre clinico, siccome la lattoterapia iniziata al 7° giorno non ne modificò affatto il corso, non solo formulammo subito una prognosi riservatissima, ma pensammo ad una tubercolosi. Ebbene non tardò purtroppo a manifestarsi una T. M. A. con fatti meningitici imponenti, che in breve condussero a morte il povero giovane.

Questo comportamento che non vuol essere un privilegio della lattoterapia deve servire al medico nell'applicazione di questo potente mezzo di cura.

Le prime iniezioni ci danno l'indice sicuro della possibilità di difesa dell'organismo, difesa che va sollecitata, non sforzata.

Ecco perchè io non pratico mai più di *tre* iniezioni di latte a giorni alterni, fermandomi anche alla prima, quando si ha ragione di ritenere che l'organismo ha preso il sopravvento, che la malattia è vinta.

La lattoterapia precoce esercita virtù abortive oltre che curative nelle febbri tifoidi, nell'influenza, morbillo, orecchioni ecc. e con tale costanza d'azione da non temer concorrenza.

CASISTICA E TERAPIA.

Le iriti acute.

L'individuo affetto da irite acuta presenta fotofobia e lacrimazione, nonchè un dolore oculare e periorbitario. L'occhio è rosso, la cornea appare normale, l'iride è congesta e non presenta lo stesso colore che dal lato sano. *La pupilla è contratta* (miosi), *la visione è diminuita.*

Osserva giustamente P. Veil (*Journ. des praticiens*, 23 ag. 1930) che è importante una diagnosi precoce per applicare subito una terapia adatta.

La *congiuntivite* è caratterizzata da rossore predominante in corrispondenza dei cul di sacco congiuntivali ed a secrezione abbondante; non vi è diminuzione del visus.

La *cheratite* si riconosce alle lesioni della cornea (erosioni od ulcerazioni nelle forme superficiali, intorbidamento corneale interstiziale nelle forme interstiziali).

L'*accesso* di *glaucoma acuto* si accompagna a cefalea, vomiti; *la pupilla è dilatata, l'occhio è duro.*

L'irite può essere dovuta a causa infettiva banale (reumatica, pneumococcica, tubercolare, ecc.), ma si deve pensare anzitutto all'infezione sifilitica e secondariamente alla blenorragia. L'irite reumatica è da ritenersi piuttosto rara.

Fatta la diagnosi di irite e riconosciuto che la tensione oculare è normale, si instilleranno 1-2 gocce di un collirio al 1/2-1 per cento di solfato neutro di atropina, allo scopo di dilatare la pupilla e di impedire la formazione di sinechie; quando queste già esistono, la dilatazione atropinica si produce nei soli punti liberi ed il contorno della pupilla resta irregolare.

Le instillazioni di atropina vanno continuate tutti i giorni in modo da mantenere la pupilla sempre dilatata. Contro i dolori, si prescrivono l'applicazione di sanguisughe alla

tempia corrispondente, le compresse caldo-umide sull'occhio malato, gli analgesici; contro la fotofobia si utilizzano gli occhiali scuri.

Il trattamento generale varia secondo la causa; in assenza di eziologia precisa, l'A. consiglia le iniezioni endovenose di cianuro di mercurio (1 cg. per ogni iniezione, 3 volte la settimana) che hanno spesso azione efficace. *fil.*

L'obliterazione dell'arteria centrale della retina.

È il risultato di una trombosi consecutiva ad endoarterite. I prodromi (obnubilazione transitoria) sono rari e, di solito l'individuo perde improvvisamente e definitivamente la vista dell'occhio affetto.

La pupilla, midriatica, rimane del tutto immobile quando si illumina l'occhio. All'esame oftalmoscopico, si vedono le arterie retiniche ristrette, filiformi, la retina edematosa, la papilla torbida, la macula in forma di macchia rossa. Tali segni scompaiono in una quindicina di giorni, ma le arterie rimangono ristrette e la papilla si atrofizza e si decolora.

Se la trombosi non prende l'arteria centrale, ma soltanto una branca, il quadro oftalmoscopico rimane localizzato sul territorio affetto e si ha allora la visione maculare. Se la trombosi prende soltanto un'arteria maculare, si ha scotoma centrale con campo periferico normale.

La diagnosi è agevole, in presenza di una cecità improvvisa e completa, della midriasi, dell'aspetto oftalmoscopico. Nelle forme parziali, la cecità è transitoria ed il riflesso pupillare alla luce è conservato.

È necessario precisare l'eziologia di tale affezione, dovuta generalmente ad endoarterite obliterante; si osserva negli individui anziani, ipertèsi, arteriosclerotici, minacciati da lesioni cerebrali della stessa origine. La trombosi dei giovani è più rara e dipende quasi sempre da sifilide.

Come osserva P. Veil (*Journ. des praticiens*, 18 marzo 1931) la terapia è impotente a ristabilire la permeabilità dell'arteria; sono stati consigliati senza successo il massaggio dell'occhio, la paracentesi della camera anteriore, l'iridectomia.

Dal punto di vista generale, si potranno utilizzare le inalazioni di nitrito d'amile, le iniezioni sottocutanee di acetil-colina, nei casi di trombosi incompleta con spasmo. Negli individui anziani, si deve temere l'insorgere di emorragia cerebrale; nei giovani si tratterà la sifilide eventualmente presente. *fil.*

L'esoftalmo pulsante.

Hanford e Wheeler (*Ann. of Surg.*, XCII, n. 1) riferiscono un caso di esoftalmo pulsante seguito a un trauma in un soggetto non arteriosclerotico. Si trattava probabilmente di un aneurisma artero-venoso: carotide-seno cavernoso. Le vene dell'orbita non erano distese. La legatura bilaterale delle carotidi comuni e l'enucleatio per glaucoma acuto furono seguiti da una apparente guarigione.

Così gli AA. schematizzano un sistema terapeutico:

1) Riposo completo a letto.

2) Sutura delle palpebre se l'esoftalmo è molto accentuato.

3) Applicazioni quotidiane di compressione digitale sulla carotide comune, facendo attenzione alla comparsa di segni di anemia cerebrale. Questo può rappresentare una cura già da sè, o può preparare alla occlusione operatoria delle arterie.

4) Applicazione sulla carotide comune del lato leso di una fascia metallica sec. Matas-Allen. Legatura della v. giugulare.

5) Quando siano presenti questi segni:

a) Distruzione del seno orbitario;

b) Cessazione del rumore colla compressione delle vene orbitarie;

c) Controindicazione alla legatura della carotide comune;

d) Recidiva dopo legatura della carotide; è indicato, secondo Sattler e altri, di intervenire sull'orbita e legare la vena oftalmica superiore.

Invece un tale intervento non è indicato nei casi precoci e quando i segni orbitari sono lievi.

6) Se l'occlusione parziale dell'arteria proposta al n. 4 dopo 1-2 settimane non è seguita da successo è consigliabile di reintervenire e completare la chiusura del lume arterioso.

7) Se la legatura della carotide del lato leso, e quella della vena oftalmica non sono sufficienti, si intervenga sulla carotide dall'altro lato, con la compressione prima, poi se è necessario colla chiusura parziale, e perfino colla legatura. Non si leghi però la vena. Negli individui giovani con buon circolo collaterale si può anche procedere senz'altro alla legatura.

È però preferibile sempre di usare la fascia di Matas-Allen anzichè un comune laccio poichè quella può essere allentata e la circolazione ristabilita entro 72 ore.

MANFREDO ASCOLI.

La sifilide dell'orecchio medio.

La sifilide dell'orecchio medio è poco studiata, ma la maggior parte degli autori è d'accordo per rilevarne l'esistenza.

L'osservazione degli eredo-sifilitici ha convinto R. Mayoux (*Journ. de méd. de Lyon*, 20 luglio 1930) che tale affezione è abbastanza frequente. Le otiti medie suppurate, le sclerosi della cassa si osservano spesso in tali malati; le circostanze in cui esse si verificano le devono fare considerare come specifiche e non come banali.

Nella sifilide acquisita, l'A. ritiene che si debbano attribuire ad essa, numerose otorree croniche, alcune sclerosi della cassa ed anche alcune sordità della trasmissione, senza lesioni timpaniche, che rassomigliano grossolanamente all'otospongiosi.

La maggior parte di tali manifestazioni non differisce dalle forme banali con cui si confondono spesso. *fil.*

L'acetilcolina nell'ozena.

L'ozena viene ora considerata da molti come un disturbo endocrino - simpatico a cui si deve: 1) un'irrigazione insufficiente; 2) un'iponutrizione dei tessuti della fossa nasale. L'infezione sarebbe secondaria, al pari di quella che si produce sopra un arto mortificato dall'obliterazione arteriosa.

Per tale considerazione, si è pensato di ricorrere ad un vagotonico, quale è l'acetil - colina, per applicazioni locali.

E. Feldstien (*Journ. des praticiens*, 18 ott. 1930) riferisce che Guns e Coene hanno ottenuto buoni successi con l'uso di una soluzione al 5 - 10 %, spennellata sulla mucosa nasale, facendo precedere tale spennellatura da una applicazione di acido lattico all'1 %.

Due applicazioni alla settimana sembrano sufficienti per modificare rapidamente l'aspetto della mucosa, sopprimere le croste e l'odore e ridare il senso dell'odorato.

Si attendono delle conferme di questo metodo che ha il vantaggio di non portare alcun inconveniente. *fil.*

Trattamento dell'asma da fieno.

L'entusiasmo che accolse il trattamento specifico dell'asma da fieno mediante la cutied intradermo-reazione va cessando in misura degli insuccessi di tale metodo; Ch. Flandin (*Le Bull. Méd.* n. 30, luglio 1930) preferisce piuttosto attenersi al trattamento generale, sia usando le iniezioni intradermiche di peptone, sia applicando il metodo da lui preconizzato, insieme ad Achard nel 1913.

È noto che in un soggetto anafilattizzato, il siero di sangue acquista proprietà tossiche per lo stesso soggetto; l'idea d'usare queste proprietà per desensibilizzare il soggetto ha fatto sorgere l'autosieroterapia desensibilizzante.

La tecnica consiste nell'iniettare intradermicamente da uno a tre decimi di cmc. di siero; una sola presa di sangue può bastare per un trattamento di venti giorni.

Tale metodo, che può ripetersi negli anni successivi, ed esser usato a qualsiasi periodo della malattia, ha dato buoni risultati nelle mani dell'autore. CARUSI.

Il comportamento chirurgico nei casi di crisi laringee tabiche.

Leo Schiff (*Deut. z. Chir.*, 1930) richiama l'attenzione sulla gravità delle crisi laringee nei tabetici di cui molti casi lasciati a sè dopo il breve stato iniziale con stridore spasmo, dolore violento alla laringe e senso di soffocazione, terminano con la morte per apnea, e insiste sulla necessità di un intervento chirurgico pronto, dato che i medicamenti hanno poca azione. Il miglior metodo è la tracheotomia o la laringotomia, mentre l'intubazione per l'irritazione che produce la cannula sulla mucosa laringea aumenta lo spasmo e la sezione dei nervi laringei è spesso inutile.

V. GHIRON.

Batteriemia e infezioni acute della gola.

Ballenger, Rubin e Werner (*The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 13 dicembre 1930) fecero la ricerca della batteriemia in numerosi bambini con infezione della gola. Su 131 emoculture trovarono 4 volte germi: 2 volte lo streptococco emolitico, 1 volta un cocco verde e una volta 1 pneumococco.

Nel caso di infezione da pneumococco, questo fu isolato dal sangue prima che comparisse la polmonite, e inoltre le prime culture dal naso e dalla gola davano streptococco emolitico, le ultime cocco verde.

Il bambino dal cui sangue fu isolato il cocco verde morì per embolo cardiaco e cerebrale; dalla gola dello stesso bambino si isolò il cocco verde, dal naso lo stafilococco albo.

Nel primo caso in cui si isolò lo streptococco emolitico dal sangue, si isolò cocco verde dalla gola e stafilococco albo dal naso.

R. LUSENA.

NOTE DI TECNICA.

Il valore degli antisettici.

La questione del valore degli antisettici e della determinazione di esso ha assunto in questi ultimi tempi, in rapporto con la migliorata tecnica batteriologica, notevolissima importanza.

Infatti i vecchi metodi di valutazione del valore degli antisettici non possono oggi considerarsi soddisfacenti nè è possibile arguire, come si faceva e si fa da alcuni tutt'ora, della potenza antisettica di una data sostanza dall'azione che essa ha su un solo germe preso come *standard*, p. e. il *B. typhosus*: tanto più se si pensa che gli antisettici sono generalmente usati contro germi piogeni.

Il valore delle prove tendenti a stabilire la potenza battericida di una data sostanza è essenzialmente di ordine pratico: e sarebbe quindi opportuno che queste prove fossero fatte su una serie di microrganismi tipo e sotto varie condizioni d'ambiente simulanti per quanto è possibile le condizioni che queste sostanze saranno chiamate a combattere.

I metodi proposti per un completo soddisfacente esame del valore antisettico di una sostanza sono: il metodo dei coefficienti fenolici (Reddish) che potrà far stabilire confronti

con prodotti precedentemente usati; il metodo della piastra d'Agar secondo Himebaugh, che dimostra il potere penetrante di un antisettico e la sua azione in presenza di siero di sangue; il metodo dell'infezione massiva descritto da Allen e Wright (*Journ. Am. Med. Ass.*, 21 marzo 1931) che determina il valore degli antisettici in presenza di un'infezione massiva.

A queste prove dovrebbero essere aggiunte quelle in rapporto con culture di tessuti e con esperimenti sugli animali. G. La Cava.

POSTA DEGLI ABBONATI

Al dott. L. P. da R.:

Il nome di « febbre di Roma » per designare la febbre esantematica estiva benigna non contagiosa, venne usato da Fernand Lévy (L'Hygiène Sociale, 25 ottobre 1929) e da altri, quale omaggio agli studiosi di Roma che l'hanno descritta e individuata (Carducci, Falcioni, Pecori, ecc.). Più spesso è nota come « febbre di Marsiglia », « febbre papulosa d'Oriente », ecc. A. P.

All'abb. n. 9594-1:

Può rivolgersi alla segreteria dell'Accademia d'Italia, via Lungara 230 (Palazzo della Farnesina). A. P.

Al dott. G. Sirianni, Casino, abb. n. 4074:

Consulti le annate della « Rivista di Malariol. » o del « Tropical Dis. Bulletin ».
A. P.

VARIA.

I nuovi compiti della medicina.

La natura delle medicina va modificandosi: nuovi campi si dischiudono alla sua azione, il che concorre a spiegare l'aumento notevole nel numero dei medici in quasi tutte le Nazioni civili (aumento che finisce per essere superiore ai bisogni!).

La medicina va ora orientandosi nel senso della prevenzione. È così che vengono attuate, in misura crescente, le visite mediche periodiche di *soggetti sani od apparentemente tali*, per sorprendere le forme morbose iniziali, curarle tempestivamente od arrestarle e prevenirne i progressi.

È così che si provvede alla selezione professionale, in modo da orientare ogni individuo verso l'attività per la quale è più idoneo, conciliando per tal modo il massimo rendimento col minimo danno al suo organismo fisico e psichico.

Tutta l'igiene va assumendo uno sviluppo formidabile nella società odierna, attraverso l'istituzione di laboratori, di uffici consorziali di sanità, di una serie di provvidenze specifiche (lotta contro la tubercolosi, la malaria, le malattie veneree, misure per la realizzazione ecc.) e per mezzo di un'attiva propaganda.

Un mezzo potente per attuare la medicina preventiva è dato dalle assicurazioni sociali nelle loro varie forme, poichè per tal modo si determina l'interesse economico a tener lontane le malattie, le infermità, l'invalidità, la vecchiaia.

Questo campo d'azione della medicina viene prospettato in una interessante pubblicazione del dott. O. Bellucci, redatta con chiarezza ed efficacia (La medicina preventiva e la selezione professionale in rapporto alle assicurazioni sociali; un volume in-8 picc. di p. VIII-166; Roma, Editore L. Pozzi, 1931); sarebbe raccomandabile la lettura di questo libro a tutti i medici. A. P.

Disturbi da protesi dentaria.

A. Lippmann (*Deut. Med. Wochens.*, 15 ag. 1930) ha osservato in due donne, di cui l'una aveva una protesi superiore in oro ed una inferiore in stagno, l'altra un ponte superiore, apparentemente in oro puro, dei disturbi vari, consistenti in perdita di appetito, malessere generale, tendenza al vomito, cefalea, sapore metallico in bocca, debolezza generale, bruciore della lingua. I disturbi scomparvero dopo allontanamento delle protesi e sostituzioni con altre.

Per la presenza di due metalli in bocca, si hanno delle correnti di 1/10 di milliampère e di 200 millivolta. In conseguenza di esse si originano dei fenomeni nervosi, disturbi del gusto e bruciori della lingua. In seguito a fenomeni di elettrolisi, si possono avere in soluzione degli joni metallici. Ciò può anche accadere (come per il secondo caso dell'A.) in conseguenza di una lega cattiva. Ne viene che le quantità sia pure piccole di metalli (rame, zinco) ingeriti in modo continuato possono portare ad avvelenamenti cronici, ai quali il medico deve fare attenzione per riconoscerne la causa non sempre palese. *fil.*

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

G. Cozzoli. *Fibroneuroma plessiforme della palpebra sup. sin.* — Arti Graf., Chieti, 1930.

R. W. Guardabassi. *La vivisezione nel pensiero di letterati, filosofi, moralisti, scienziati e medici.* — Ginevra, 1930.

I. Bacigalupo. *A proposito de la parasitologia del apendice.* — Las Ciencias, Buenos Aires, 1930.

M. Zingale. *Come si può procedere all'esame metodico delle dermopatie.*

C. Tedeschi. *Le sindromi dell'amebiasi in Derna e nel suo territorio.* — Rinnov. Medico, Napoli. 1930.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

La tubercolosi genito-urinaria, problema sociale

per il dott. AUGUSTO CASSUTO,
docente di chirurgia urinaria
nella R. Università di Roma.

La grande frequenza con la quale l'apparato genito-urinario viene colpito dalla tubercolosi, rende di attualità considerare oggi il problema di questa malattia dal punto di vista sociale, perchè non meno importante di altri morbi funesti.

Anche Colella ha recentemente, con grande senso di opportunità e con ricchezza di dati statistici, insistito su questo argomento dinanzi alla Società Italiana di Urologia e prospettandone tutta la gravità.

Come tutti sanno, la tubercolosi genito-urinaria può stabilirsi sia come una malattia primitiva, sia secondariamente a lesioni dei polmoni, delle ossa o di altri organi. Importante, come spesso vi sia una interdipendenza fra tubercolosi genitale e tubercolosi urinaria, nel senso, che con grande frequenza a distanza di tempo, dopo aver accertato delle lesioni specie del testicolo, in tutta apparenza primitive, perchè più accessibili, (o anche della prostata), si finisce con lo scoprire anche una lesione renale sin allora occulta e che con moltissime probabilità preesisteva alla lesione genitale, secondariamente infettata per via ematica o, con molte minori probabilità, per le vie deferenziali.

Scrivemmo altrove (1) come la sola glandola genitale, rispetto alle altre manifestazioni del morbo (polmoni, ossa ecc.) sarebbe colpita secondo alcune statistiche (tedesche) nella proporzione del 10 % - 15 %. Certo è frequentissima a osservarsi.

Quante orchiti tubercolari vengono diagnosticate come gonococciche, solo perchè hanno avuto un inizio brusco e doloroso? Secondo Colella (2) la sola tubercolosi urinaria rappresenta il 13,60 % delle cause di morte rispetto alla tubercolosi in genere. Come abbiamo accennato, secondo altri tale cifra salirebbe ancora.

Orbene, l'eloquenza impressionante di queste cifre impone doverosamente di prendere in considerazione quanto anche in questo campo è opportuno fare per arginarla e difenderne la società.

Occorre estendere fra i medici, al cui vaglio è lasciata l'opportunità di affidare tempestivamente il paziente al chirurgo specialista, più diffuse conoscenze sul comportamento di questa malattia così subdola fino a quando non ha prodotto danni sovente irreparabili. Sarebbe quasi inutile, infatti, precisare come le fasi iniziali di questa malattia non si verifichino mai con lusso di sintomi, ma il più spesso silenziosamente fino a quando non abbia compiuto i suoi misfatti: allora solo si hanno manifestazioni grossolane, per cui talvolta purtroppo ho visto meravigliarsi i pratici, dinanzi ai funesti risultati di una terapia tardiva.

Se si obbietta che la tubercolosi genito-urinaria, considerata dal punto di vista sociale non può assurgere a grande importanza, per la sua scarsa o nessuna contagiosità, ovvero in quanto avendo colpito secondariamente un individuo già fortemente tarato per lesioni ossee o polmonari, deve considerarsi quasi perduta la speranza di restituirlo alla società in condizioni efficienti di vita, si può esser nel vero.

Ma ben altra importanza viene ad acquistare il problema impostato, se si considera che una grande maggioranza di individui, se riconosciuti e curati a tempo debito, quando la malattia è ancora nella sua forma solitaria o primitiva, possono in percentuali elevatissime essere sanati completamente e riprendere la vita lavorativa.

Ma oltre a poter svolgere ogni forma di attività, costoro possono senza danno riprendere anche la loro vita sessuale e con ciò la facoltà di riprodurre senza alcun danno per la famiglia e quindi per la società. (Confr. Pestalozza. Relaz. 1921) (3).

Queste considerazioni tanto più valgono se si considera specialmente l'età in cui questa malattia tremenda, ma d'altra parte perfettamente curabile, suole colpire gli individui, sia di forme genitali come renali: fra i 25 e i 35 anni. Epoca del massimo rendimento nello sviluppo di ogni attività e energia individuale sia materialmente lavorativa che intellettuale. La società non può quindi disinteressarsene.

La lunghezza del decorso di questo morbo prima che attacchi irrimediabilmente gli organi genito-urinari tanto da compromettere l'esistenza, permette se vigilato, di concepire un piano di attacco onde arginare e arrestare nella gran maggioranza dei casi il male.

Ma per riuscire a questo è doveroso provvedere con opere di prevenzione a carattere pubblico. Come sono sorti con splendido florilegio i dispensari antitubercolari per la malattia polmonare, si deve pensare a creare ambienti adatti, magari delle modeste sezioni annesse ai tubercolosari e agli ambulatori profilattici, dove la tubercolosi genito-urinaria possa a tempo debito essere riconosciuta e guarita.

Ripetiamo, tanto più varrebbe in questi casi il prezzo dell'opera, in quanto sorge l'interesse sociale circa la possibilità di restituire al consorzio civile gente in seguito completamente valida e ripristinata in salute, cosa assai più raramente raggiungibile nelle forme polmonari.

Da questo scaturisce l'alto interesse delle provvidenze che dovrebbero venire adottate. Questo argomento fu anche ufficialmente trattato nel 1928 dalla Società Tedesca di Urologia nel Congresso di Berlino, e furono formulati voti in questo senso (4).

RIASSUNTO.

L'A. tratta della tubercolosi genito-urinaria dal punto di vista sociale. Illustra la necessità che siano istituiti, come per le forme polmonari, dei centri di accertamento e di cura onde salvare e restituire alla Società degli esseri in perfetta efficienza.

BIBLIOGRAFIA.

(1) AUGUSTO CASSUTO. *Terapia ultravioletta della tubercolosi genitale maschile. Alcuni risultati.* Atti Società Italiana di Urologia, 1926.
(2) COLELLA. *La tubercolosi urinaria.* Ibid., 1927.
(3) ERNESTO PESTALOZZA. *La tubercolosi genitale della donna.* Atti Soc. It. di Ostetricia e ginecologia. Relazione del 1921, pag. 21.
(4) K. SCHEELE. *Urologia e previdenza sociale.* Atti Società Tedesca di Urologia. Relazione sul tema ufficiale, 1928.

CULTURA SUPERIORE.

L'insegnamento universitario alla Camera.

Su relazione dell'on. Lando Ferretti, è stato discusso alla Camera dei Deputati il bilancio del Ministero dell'educazione nazionale.

Ci limitiamo a riferire su alcune parti dei discorsi che hanno maggiore attinenza con la preparazione universitaria dei medici.

L'on. CHIURCO rileva, in base ad una statistica pubblicata dal Ministero, che i candidati uscenti da grandi Università, come quella di Napoli, dimostrano, all'esame di Stato, una preparazione inferiore a quella dei candidati uscenti da piccole università. Propone di attuare il « numero chiuso », allo scopo di limitare le iscrizioni nelle grandi Università. Si tratta di una misura raccomandabile a meno che nelle grandi Università non si vogliano aumentare il personale e le cattedre, per adeguarli al numero degli studenti, il che potrebbe non sempre essere vantaggioso. Per l'Università di Siena stima che sia venuto il momento di provvedere al passaggio di categoria. Crede che l'Accademia d'Italia potrebbe sovvenire gli assistenti e gli aiuti, premiando i loro lavori. In quei giovani, molti dei quali furono squadristi, l'on. Capo del Governo ha dichiarato di vedere avanguardie sicure, pronte a seguirlo in ogni progresso della Rivoluzione Fascista.

L'on. FIORETTI ERMANNO considera il campo specifico degli studi medici. Afferma che la riforma attuata con l'introduzione dell'esame di Stato non ha corrisposto agli scopi che s'intendevano raggiungere: difatti non si può negare che oggi dalle Università escono medici insufficientemente preparati. Per rimediare a tale deficienza, occorrerebbe, anzitutto, aumentare il troppo breve intervallo interposto tra l'esame di laurea e quello di stato, poichè l'assillo incessante delle tesi e le ricerche connesse, riducono grandemente, nei diplomandi, la pratica clinica. Propone perciò di portare la laurea al 5° anno, o meglio al 4°. Si potrebbe anche abolirla addirittura. Altra soluzione sarebbe di prolungare gli studi medici; essa però non sembra opportuna e neppure strettamente indispensabile.

Per colmare le lacune dell'insegnamento, più che aumentare il numero delle cliniche — il che porterebbe un sensibile aggravio al bilancio dello Stato — converrebbe valersi degli ospedali, facendoli contribuire alla preparazione pratica dei giovani.

Chiede garenzie assolute per i corsi di specializzazione. Occorrerebbe accedervi solo dopo superato l'esame di stato e, meglio, dopo un esame supplettivo, che valga a selezionare gli aspiranti. Il diploma di specializzazione non dovrebbe, ancora, bastare per l'esercizio della specialità; ma converrebbe richiedere un biennio di ulteriore pratica, presso Istituti o Cliniche universitarie.

Nell'interesse degli studi, vorrebbe che si determinasse un più fecondo affiatamento tra professori titolari e liberi docenti. Si osserva ora qualche deficienza nell'esercizio della libera docenza, per la difficoltà frapposta alla disponibilità di gabinetti e simili. Occorrerebbe che il conferimento della libera docenza fosse reso più rigoroso, con una seria valutazione dei titoli.

Concludendo, afferma che la soluzione dei problemi prospettati concorrerà a rendere più efficienti gli studi medici e quindi ad elevare le condizioni fisiche e sanitarie del popolo italiano. Termina bene auspicando alle nuove fortune della Scuola fascista.

L'on. GIARDINA si occupa degli inconvenienti che si verificano nell'esercizio pratico della medicina in dipendenza del modo com'è impartito l'insegnamento universitario. Ritiene che l'aumentato numero delle Università abbia prodotto effetti nocivi. Gli enti locali, che in primo tempo diedero contributi ragguardevoli, dovettero man mano diminuirli, creando difficoltà alle Università specie di tipo B. Si sono poi determinate gare infeconde fra Università, unicamente per poter attrarre il maggior numero di studenti. Le condizioni delle piccole Università sono special-

mente difficili, ciò che ha indotto qualche camerata ad invocare la limitazione delle inscrizioni nelle Università grandi.

Crede che non sia sufficiente la preparazione pratica con la quale gli studenti di medicina escono dalle Università, nè che l'esame di Stato costituisca una sufficiente garanzia: non è un mezzo efficace di selezione, soprattutto perchè avviene a brevissima distanza dalla laurea, senza la possibilità di un adeguato tirocinio. Bisogna, invece, che solo i più degni arrivino all'esercizio professionale.

L'insegnamento dell'igiene ha perduto l'importanza che prima aveva e il più delle volte è confinato tra le materie complementari, mentre la tutela della pubblica salute deve avere un posto di prim'ordine nell'attività sociale.

Concludendo, dichiara che ha parlato come amico della Scuola e in nome dell'avvenire radioso del nostro Paese, al quale la Scuola deve dare il fermento spirituale.

Problemi vari, inerenti all'istruzione superiore, sono stati sollevati dagli on. GEREMICCA, BRUCHI, LIMONCELLI, SALVI, ecc.

Il ministro, on. BALBINO GIULIANO, ha risposto ampiamente ai vari oratori; del suo discorso riferiamo la parte che si riferisce più specialmente all'istruzione superiore.

Il ministro rileva che l'on. Chiurco e l'on. Bruchi hanno ancora spezzata una lancia per le Università minori, ma egli può assicurarli che ormai nessuno pensa a sopprimerle. Al camerata Limoncelli dichiara che conviene lasciare la responsabilità di determinare la fine di istituti tradizionali alla esperienza della storia tanto più che in questo caso, poi, la soppressione di Università dotate di un loro patrimonio non porterebbe affatto un beneficio per le altre ed una soluzione ai loro problemi. Se è forse inutile ripetere che non vogliamo sopprimere Università, è invece utile ripetere che non intendiamo fondare non solo nuovi istituti universitari, ma nemmeno nuove facoltà. Fondare nuove scuole universitarie significherebbe far del male a tutte: già nelle attuali condizioni i molti istituti universitari avvertono il disagio di doversi invidiare studenti e persino professori.

È verissimo che più si farebbe per l'assettamento edilizio delle nostre Università se avessimo più fondi, ma è anche vero che il lavoro non è stato arrestato da nessuna crisi. A Torino è ormai a buon punto il nuovo grande ospedale che dovrà accogliere tutte le cliniche. Per l'Università di Bologna non solo è stata approvata una convenzione fra enti locali e Governo che assicura una sistemazione per un auspicato e lungo progresso, ma i lavori sono già avviati e procedono alacremente. Analoga convenzione è stata firmata pochi mesi or sono per l'Università di Pisa e la Commissione nominata per la sistemazione edilizia dell'Università di Roma presenterà presto un programma minimo per la ripresa dei lavori.

Anche per le biblioteche si provvede.

L'on. Giardina, l'on. Fioretti e l'on. Chiurco hanno lamentato che l'esame di Stato non garentisca sufficientemente la preparazione pratica del medico: ma è evidente che non gioverebbe a dare tale garanzia la soppressione dell'esame di Stato. Gioverà pur sempre a qualche cosa che dopo i molteplici esami speciali e il lavoro essenzialmente teoretico della laurea, gli studenti siano obbligati a concretare la loro attenzione per questi esami sulle materie più specialmente professionali.

È da escludere subito un aumento come una diminuzione degli anni di studio per la laurea. Se sia possibile diminuire la durata dell'insegnamento nelle materie di carattere introduttivo, anzitutto studino le facoltà e mettano a profitto la libertà didattica che la legge consente e potremo ad ogni modo studiare in seguito la questione.

Non possiamo, per varie e ovvie ragioni, bandire concorsi per tutte le cattedre vacanti: ma concorsi si bandiscono ogni anno in ogni disciplina e i giovani che entrano sono pienamente meritevoli del posto che occupano. L'O. non ha alcuna difficoltà ad affermare pubblicamente che sente il dovere di sorvegliare l'ingresso nella nostra Università anche dal punto di vista politico. Naturalmente il criterio politico che si porta nella scuola deve essere tale da convenire ai compiti ed all'attività della scuola, deve essere cioè un criterio che va oltre l'esteriorità degli atteggiamenti e porta il giudizio sul carattere della coltura.

Orbene la coltura universitaria si va facendo gradatamente più consapevole della grande ricchezza ideale contenuta nella Rivoluzione fascista, e l'O. ha anche la sensazione che l'Università a poco a poco riesca a vincere certe forze negative che in qualche momento quasi parevano isolarla dalla vita.

Il ministro si è occupato anche di altri problemi importanti, tra cui l'insegnamento dell'educazione fisica affidato all'Opera Nazionale Balilla.

Il ministro ha rilevato che le disposizioni ora vigenti in materia scolastica non sono stabili, « perchè le leggi non possono mai essere definitive e si debbono continuamente rinnovare, come continuamente si rinnova la vita ». I miglioramenti avranno luogo nell'àmbito del fascismo.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALESSANDRIA D'EGITTO. *Ospedale Italiano « Benito Mussolini »*. — Direttore del Laboratorio di chimica, batteriologia e anatomia patologica; L. st. 20 mensili esenti da tassa, oltre vitto e alloggio (in caso di rinunzia, indennità di L. st. 90 annue) e 50 % introiti per esami esterni; scad. 31 luglio; domanda in carta libera e doc. alla direzione; doc. a 3 mesi dal 10 mag.; chiedere annunzio. Serv. entro 30 gg. dalla partecipaz. di nom.

ANCONA. — Per Paterno; scad. ore 18 del 20 giu.; L. 10.000 e 10 bienni di L. 300, oltre assegno 10 %, c.-v. e indenn. trasporto; età lim. 35 a. al 5 mag.; doc. a 3 mesi; tassa L. 50,10.

CASALE MONFERRATO (*Alessandria*). *Ospedale di Santo Spirito*. — Primario per la Sezione di Chirurgia. Stipendio L. 4200 sotto deduzione del 12 %, oltre 45 % sui proventi degli atti operativi. Età massima 40 a., oppure 45 a. per i concorrenti in servizio presso cliniche di Ospedali e per gli ex combattenti. Minimo di servizio professionale: anni 8. Documenti di rito. Scadenza 30 giugno. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria del Pio Ente.

CASTELLALTO (*Teramo*). — Per titoli. Medico condotto nel Comune. Stipendio L. 7040 suscettibile di quattro aumenti quadriennali di L. 500 cia-

scuno ed indennità di cavalcatura di L. 2112. Età limite anni 35. Scadenza 10 giugno. Chiedere bando di concorso alla Segreteria.

CASTELPLANIO (*Ancona*). — Scad. 30 giu.; per Poggio S. Marcello; L. 7480 oltre L. 2540 cav. e c.-v.; età lim. 31 a.; tassa L. 50,10.

CITTADELLA (*Padova*). — Scad. 30 giu.; L. 10.000 e 5 quadrienni dec., c.-v., L. 3000 cav. o automob., L. 600 ambulat.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — Medico primario della Sezione Cronici nell'Ospedale di Careggi; scad. ore 16 del 20 giu.; L. 5225 e proventi eventuali; chiedere annunzio alla Segreteria.

MONSANVITO (*Ancona*). — Medico-chirurgo della 1ª condotta con incarico della direzione dell'Ospedale Civile. Stipendio annuo lordo L. 10.700. Caroviveri nella misura corrisposta agli impiegati del Comune e sino a conservazione. Indennità mezzi trasporto L. 3000 con cavallo o automobile, L. 2000 con motocicletta, L. 1000 con bicicletta. Aumento stipendio del decimo ogni quattro anni. Riduzione 12 % sugli emolumenti suindicati. Documenti di rito in bollo e legalizzati a sensi di legge, ed attestazione comprovante particolare competenza in chirurgia ed attitudine a dirigere un Ospedale. Scadenza 30 giugno 1931. Chiarimenti alla Segreteria comunale.

MONTECOSARO (*Macerata*). — A tutto 20 giu.; 1ª condotta e direz. Ospedale; L. 8000, 3 quadrienni dec. e c.-v., L. 500-1000-2500 trasp.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 1° mag.

RAMISETO (*Reggio Em.*). — A ore 17,30 del 30 lug.; età lim. 35 a. al 1° mag.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi; stip. L. 7040 e 5 quadrienni dec., ricostruzione carriera, L. 2640 indenn. categoria, lire 800 uff. san., L. 2640 se cavalc., L. 440 ambulat., c.-v.; serv. entro 15 gg.

ROMA. *Ministero della Guerra.* — È indetto un concorso per la nomina a 40 posti di tenente medico ed a 15 posti di tenente chimico-farmacista in servizio permanente effettivo nel R. Esercito. Possono parteciparvi i laureati che non oltrepassino i 32 anni di età (37 per gli ex combattenti). Il concorso è per titoli ed esami. Le domande ed i relativi documenti dovranno essere presentati ai Comandi dei Distretti Militari non oltre il 15 giugno, come da modalità contemplate nella circolare n. 229 del « Giornale militare » dell'8 maggio 1931.

VISSO (*Macerata*). — A tutto 31 lug.; L. 8800 e 4 quadrienni di L. 800, oltre c.-v. e L. 2000 cavalc.; riduz. 12 %; età lim. 24-40 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 20 mag.

BORSE DI STUDI.

Ministero dell'Ed. Nazionale.

Il Ministero mette a concorso tra i laureati in medicina e chirurgia da non più di quattro anni, due borse di perfezionamento presso istituti superiori, una per l'interno del Regno, l'altra per l'estero. L'importo di esse è di L. 7000: quella per l'estero è aumentata da un supplemento che varierà dalle 3000 alle 6000 lire. Le istanze di ammissione, redatte su carta legale da L. 5, dovranno pervenire al Ministero (Direzione generale per l'istruzione superiore) non più tardi del 15 giugno.

La domanda, con l'indicazione dell'esatto domicilio del concorrente e della disciplina nella quale egli desidera perfezionarsi, dovrà essere corredata dai seguenti titoli e documenti: 1° certificato delle votazioni riportate nei singoli esami di profitto e in quello di laurea da cui risulti anche la data di questo ultimo esame; 2° curriculum degli studi compiuti; 3° certificato di buona condotta politica e morale, debitamente legalizzata e di data non anteriore a tre mesi dalla data di presentazione della domanda; 4° almeno una memoria a stampa o manoscritta, in tre copie; 5° qualsiasi titolo o documento atto a meglio comprovare la preparazione agli studi di perfezionamento nella disciplina prescelta; 6° un elenco, in quattro copie, di tutti i documenti, titoli e memorie presentati per il concorso.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. comm. Lorenzo Cherubini, con Sovrano Motu proprio del 3 maggio, è stato nominato Grande Ufficiale nell'Ordine della Corona d'Italia. Al valoroso collega i nostri migliori compiacimenti.

Il prof. Arturo Manna, di Roma, è nominato Commendatore della Corona d'Italia, per i servizi sanitari disinteressati che da tempo presta nella Milizia Forestale. Rallegramenti.

Si sono rinnovate le cariche nella Reale Accademia Medico-Chirurgica di Napoli. Sono stati eletti: presidente, prof. Giovanni Boeri, direttore della III Clinica Medica della R. Università; vicepresidente, prof. sen. Giovanni Pascale, direttore della I Clinica Chirurgica della R. Università; segretario, on. prof. Francesco Paolo Sgobbo, direttore dell'Istituto di Radiologia e di Elettroterapia della R. Università; tesoriere, prof. Cesare Colucci, direttore dell'Istituto di Psicologia sperimentale della R. Università.

NOTIZIE DIVERSE.

Al Consiglio Nazionale delle ricerche.

Sotto la presidenza del sen. Guglielmo Marconi, il Direttorio del Consiglio nazionale delle ricerche ha tenuto la sua riunione periodica, presenti i membri Azzolini, Blanc, Giannini, Magrini, Parravano e Vacchelli.

Il presidente ha dato notizia delle ricerche in corso nei vari istituti, constatando che il programma preparato dal Consiglio pel 1931 è in piena esecuzione. Il Direttorio ha deciso di pubblicare con continuità d'ora in avanti, nel bollettino di informazioni, notizie in proposito.

Il prof. Parravano ha letto una relazione sull'andamento dei lavori della commissione delle acque minerali e quindi il Direttorio ha applaudito all'opera che la sezione dell'Italia meridionale dell'associazione di idrologia va svolgendo, ai fini di promuovere una più vasta utilizzazione delle acque minerali nella regione napoletana e, riconosciuta la grande utilità di una stazione idrologica a Castellammare di Stabia, ha deliberato di interessare le competenti autorità perchè l'iniziativa possa essere al più presto realizzata.

Commissione per lo studio delle acque minerali.

Il Comitato nazionale chimico del Consiglio nazionale delle ricerche comunica:

La Commissione per lo studio delle acque minerali italiane si è riunita sotto la presidenza del prof. Nicola Parravano, accademico d'Italia, assistito dal segretario Domenico Marotta. Erano presenti i proff. Betti, Bonanni, De Blasi, accademico d'Italia, Porlezza e Rebucci.

Il presidente, dopo di aver ricordato con rimpianto il prof. Nasini, competente membro della Commissione, informò del lavoro compiuto dopo la prima riunione. Specialmente importante è il favore col quale molti tra studiosi e industriali italiani hanno appreso la costituzione dell'odierna commissione ed il fervore che essa ha già suscitato. Da molte parti si sono avute offerte di collaborazioni, talune delle quali sono state già accettate e sono in atto. Col concorso della Reale Accademia d'Italia sarà possibile di proseguire e integrare lo studio delle acque minerali dell'alto Adige. Si è già iniziato lo studio delle acque minerali della Sardegna e quello della Calabria.

Gli Accademici d'Italia per la lotta antitubercolare.

La Federazione Italiana Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi comunica:

Invitati dalla Federazione, gli illustri membri della Reale Accademia d'Italia ed il loro insigne presidente, con parole di fervido assenso per la prima campagna del francobollo antitubercolare, hanno inviato libri con significativi autografi ed opere d'arte da assegnare, ambiti premi, ad una eccezionale lotteria che la Federazione stessa organizzerà prossimamente in Roma. Tra i più pronti all'appello: Ojetti, Anzillotti, Formichi, Novaro, Pirotti, Pavolini, Tito Vallauri, Piacentini; Guglielmo Marconi, con una lettera in cui palpita di ansia fraterna il suo grande cuore d'italiano, ha donato, preziosissimo cimelio, un coherer che è tra i primi usati nelle storiche esperienze del 1897.

L'aristocrazia della scienza, dell'arte, della cultura italiana è dunque presente ed attivamente partecipe a questa grande manifestazione.

7° Congresso francese di stomatologia.

È indetto a Parigi nell'ottobre 1932, sotto la presidenza del dott. Bozo (rue du Faubourg Saint-Honoré 224, Paris VIIIe); segretario generale ne è il dott. A. Lattès (boulevard Saint-Michel 54, Paris VIe).

Un congresso sull'asma.

La « Société de Médecine » del Mont-Dore ha deciso di convocare un congresso sull'asma durante la stagione termale del 1932, al Mont-Dore (Francia).

Scuola Superiore di Malariologia.

Il corso della Sezione Medica, già fissato tra il 1° luglio e il 30 settembre, avrà luogo invece dal 15 luglio al 15 settembre.

L'insegnamento comprende lezioni e dimostrazioni pratiche ed esercitazioni, escursioni nell'Italia Centrale ed in Sardegna per la visita a località malariche e ad alcune bonifiche.

Sono ammessi al Corso, cittadini italiani e stranieri, laureati o laureandi in medicina e chirurgia.

La tassa di iscrizione è di L. 100 più una quota di L. 200 quale rimborso parziale delle spese di viaggio, vitto e alloggio che saranno sostenute dalla Scuola.

Per informazioni rivolgersi alla Segreteria della Scuola - Policlinico Umberto I - Roma.

Corso di perfezionamento in oto-rino-laringologia.

Il prof. Georges Portmann, titolare della Clinica oto-rino-laringologica dell'Università di Bordeaux, ha organizzato un corso di perfezionamento sulla tecnica chirurgica nel campo della specialità e nelle zone liminari, dal 16 al 18 luglio; tassa fr. 300.

Un secondo corso avrà luogo dal 27 luglio al 30 agosto, in lingua inglese, per medici americani; le iscrizioni a questo corso sono limitate a 12.

Le iscrizioni si ricevono presso la Segreteria della Facoltà medica.

Centro per l'accertamento diagnostico dei tumori maligni a Parma.

È stato costituito presso la R. Università, secondo il programma d'azione tracciato dalla Direzione generale della Sanità pubblica.

A titolo di complemento, si è riconosciuta la necessità di dotare l'Università di un quantitativo minimo di radium per la curieterapia. Per raggiungere tale scopo, si è tenuta una riunione di Enti e privati presso la R. Prefettura; su proposta del Prefetto, si è costituito un Comitato d'azione, composto del Rettore dell'Università, del Segretario federale, del Presid. della provincia e del Podestà.

Laboratorio per gli studi sulla tubercololosi negli Stati Uniti.

Un laboratorio per studi sulla tubercolosi è stato annesso al « Presbyterian Sanatorium » di Albuquerque (Nuovo Messico, Stati Uniti), grazie a tre donazioni fatte del sig. F. L. Maytag, dell'importo complessivo di 650.000 dollari (ossia 12 milioni di lire it.). L'edifizio è costato 150.000 doll. Al laboratorio sono annesse 20 stanze con letti, per studiosi.

All'inaugurazione parlò il decano della Scuola di Medicina d'Indianapolis, prof. Charles P. Emerson.

Alla Clinica pediatrica di Roma.

È stato eseguito un impianto di luci artificiali nelle infermerie dei bambini lattanti: esso pone l'Istituto pediatrico di Roma in prima linea tra quelli di Europa. Le grandi infermerie, così dei lattanti malati come di quelli sani figli di madri malate, sono divise in vari *boxes*, tutti in vetro, entro ciascuno dei quali, capace di accogliere due bambini, è stata installata in alto una lampada vitalux, e lateralmente una lampada a raggi Ultra-Violetti (col nuovissimo sistema a becco di quarzo aperto), la cui benefica azione, tanto terapeutica quanto autrofica, è in gran parte già nota.

In un reparto più piccolo, vicino alla suddetta infermeria, è stato eseguito un impianto di tubi luminescenti al gaz Neon. Quivi i bambini tre volte al giorno in ore e per una durata stabilita, si giovano dell'azione di queste luci, tanto utili ai piccoli soggetti che si trovano in via di rapido sviluppo, diremmo quasi necessaria durante il

periodo invernale. Tale impianto è stato potuto eseguire mercè un assegno concesso alla Clinica Pediatrica dal Consiglio Nazionale delle Ricerche per lo studio dell'azione biologica della luce sull'organismo umano.

Prossimo a questo è un identico ambiente senza installazione di luci, a scopo di controllo.

Nella Clinica di Roma è stato messo in opera un nuovo metodo per la preparazione del latte destinato ai bambini ad allattamento artificiale, con aggiunta cioè di un colloide protettore.

La cucina pei lattanti è divisa in 4 reparti: una (*a*) per ricevere le varie bottiglie che ritornano dopo l'uso per essere lavate con liscivia (lavatrice meccanica); da qui, le bottiglie pulite passano nel reparto (*b*) ove è l'apparecchio per imbottigliare il latte vaccino, già preparato col colloide protettore, e sottoporlo poi alla pasteurizzazione; eseguita tale funzione, le bottiglie, ripiene di latte, vengono immesse nella camera di conservazione (*c*) o cella frigorifera, da cui ad ogni pasto vengono prelevate per essere consumate, previo riscaldamento a bagnomaria, dai piccoli ricoverati. Un ultimo reparto (*d*) è destinato esclusivamente alla preparazione sia delle farinate da mescolarsi o no al latte, sia delle minestrine speciali per lattanti.

Come ne abbiamo già dato notizia, S. M. la Regina ha onorato di una visita questi impianti ed ha espresso il suo compiacimento per la loro organizzazione e per il loro perfetto funzionamento.

Una Facoltà medica a Lilla.

Si annunzia prossima la trasformazione della Scuola medica di Lilla in Facoltà, sull'esempio di Marsiglia.

Società francese di ginecologia.

Si è costituita, sotto questo nome, con intenti scientifici, una società che riunisce i medici la cui attività principale è rivolta alla ginecologia, sia essa chirurgica, o medica, o fisioterapica. Alla presidenza è stato chiamato il dott. F. Jayle; segretario generale ne è il dott. Maurice Fabre; la sede sociale è nella rue du Cherche-Midi 95.

Contemporaneamente, si è fondato un Sindacato dei ginecologi francesi, allo scopo di tutelare gli interessi corporativi. Ha la stessa sede sociale.

La Giornata della Croce Rossa Italiana.

Istituita due anni fa per divulgare nelle popolazioni la preziosa opera di assistenza sociale che svolge questa grande associazione di beneficenza e stabilita per il 15 giugno di ogni anno, sarà d'ora innanzi celebrata nella domenica più prossima a quella data e ciò per dar modo a ogni classe di cittadini di poter partecipare più efficacemente a tale manifestazione. Quest'anno la giornata della Croce Rossa si effettuerà nella seconda domenica di giugno, e precisamente il giorno 14. La Regina, la prima infermiera d'Italia, si è personalmente interessata all'organizzazione di questa giornata; il sen. Cremonesi, accompagnato dal prof. Valagussa, ha sottoposto alla regale approvazione un dettagliato programma sullo svolgimento della giornata. La Regina ha dato utili suggerimenti e ha voluto che la manifestazione assumesse carattere spiccatamente igienico.

La Giornata della Croce Rossa Britannica.

Il 12 maggio, ricorrenza della nascita di Florence Nightingale, si è celebrata in tutto l'Impero Britannico la giornata della Croce Rossa, con manifestazioni varie.

A Londra venne deposta una corona sul monumento dedicato alla fondatrice della moderna assistenza infermiera.

La Lega della Società di Croce Rossa, che ha sede a Parigi, mandò un telegramma di simpatia alla Croce Rossa Britannica.

Per un Museo d'igiene a Roma.

È stata presentata al Ministero dell'Interno la proposta d'istituire a Roma un Museo nazionale d'Igiene, che dovrebbe risultare di tre sezioni: 1° storia, 2° didattica, 3° mostra campionaria. La mostra non sarebbe stabile, ma stagionale; comprenderebbe anche l'igiene dello sport e del turismo.

All'Ospedale Incurabili di Napoli.

È riuscita imponente e commovente la festa della fondazione dell'Ospedale degli Incurabili, il grande nosocomio napoletano che conta 410 anni di vita.

In tutte le sale, della medicina, chirurgia, maternità, pediatria e nel reparto di osservazione, è passata la tradizionale processione del SS. Sacramento portato dal Vescovo Vicario mons. Alessio; lo seguivano il Commissario governativo comm. Internicola, il segretario generale comm. Mancini, il direttore generale sanitario comm. Cimmino, il Corpo sanitario al completo e le Suore.

Un busto a Roux in Montevideo.

Un busto del dott. Emilio Roux, direttore dell'Istituto Pasteur di Parigi, è stato eretto a Montevideo, per ricordare la scoperta del siero antidifterico. Reca la seguente breve iscrizione: « Al dott. Roux le madri uruguayane riconoscenti ».

Anniversario di laurea.

I laureati in medicina nella R. Università di Napoli nell'anno 1881, sono invitati a comunicare al dott. Emilio Di Tommasi (Napoli, via Egiziaca a Pizzofalcone, n. 87) il loro indirizzo per gli accordi intesi a festeggiare il cinquantenario della loro laurea.

* * *

I medici laureati a Roma nel 1901, terranno il banchetto del loro 30° anniversario la sera di sabato 13 giugno alle ore 21 nel ristorante « La Rosetta ».

Inviare le adesioni al dott. Torello Fortini, via delle Fornaci 24, telef. 52-957.

L'assistenza sanitaria negli Stati Uniti.

Nel 1930 si contavano circa 150.000 medici negli Stati Uniti; altre 1.850.000 persone erano addette a professioni sanitarie: farmacisti, infermiere, tecnici e altri ausiliari, personale di fatica degli ospedali e degli ambulatori, addetti a cucine dietetiche ecc.

I medici specialisti raggiungevano il numero di circa 50.000, ossia il 33 % del numero totale; invece 20 anni or sono erano solo 15.000.

Agli ospedali erano addetti circa 100.000 medici (esattamente 98.491), ossia quasi i 2/3 del totale; circa 45.000 medici addetti agli ospedali figuravano come specialisti.

Il numero degli ospedali risultò di 6719, contro 4359 nel 1909: ossia sono aumentati del 54 % in 11 anni; al tempo stesso la capacità è aumentata da 421.065 letti a 955.860, il che segna una progressione del 127 %.

(Da « Hygeia », mag. 1931).

Le medichesse coniugate in Inghilterra.

Il problema delle medichesse coniugate è venuto in discussione al Consiglio amministrativo dell'Ospedale Generale di Birmingham. La presidente, sig.na Bartlett, sosteneva che le medichesse coniugate dovessero allontanarsi dall'ospedale, perchè le cure familiari sono molto assorbenti ed equivalgono ad un impiego: non è possibile accudire con coscienziosità a due impieghi.

In seno allo stesso Consiglio il vescovo Barnes rilevò che le donne ormai hanno dimostrato di saper operare e produrre in molti campi, che l'uomo aveva monopolizzato; ed è doveroso di non escluderle. D'altra parte il matrimonio non può costituire un demerito che debba far allontanare da attività utili per chi le esercita e per la collettività: si tratta solo di trovare un terreno di conciliazione, per es. autorizzare l'allontanamento dall'impiego per brevi periodi, in occasione della maternità, il che può esser fatto senza danno, grazie alle supplenze.

Le ragioni addotte dal vescovo hanno avuto causa vinta, con 22 voti contro 19.

Aviazione sanitaria.

Abbiamo già dato notizia della mostra organizzata a Parigi dalla « Société des amis de l'aviation sanitaire ».

Apparecchi esposti dagli « Etablissements Potez », dalla « Société Provençale de constructions aéronautiques », dagli « Etablissements Lioré & Olivier » hanno dimostrato i grandi progressi compiuti in questo campo.

Un provvedimento per le paste alimentari.

Il Consiglio dei Ministri ha approvato uno schema di disegno di legge per la disciplina di vendita nel Regno delle paste alimentari. Esso consente la fabbricazione e la vendita di uno speciale tipo di pasta da minestra, ottenuto con semolino derivante dalla macinazione del frumento mescolato colla farina di riso in una proporzione tale, che non venga ad alterarsi la bontà specifica e il valore nutritivo del prodotto.

Ad evitare che si possa fare confusione tra i tipi di pasta di pura semola e tipi fabbricati con miscela di riso, il provvedimento impone — a salvaguardia del consumatore — l'obbligo dell'involucro per le qualità più pregiate. È inoltre fatto divieto di colorazione artificiale delle paste da minestra, perchè mentre nulla aggiunge alla bontà del prodotto, non è da escludere possa recare nocumento all'organismo umano.

Il provvedimento mira tra l'altro a favorire anche con questo mezzo il consumo del riso.

Processo per inquinamento di acqua potabile.

In esito a una lunga e complicata azione giudiziaria, il Tribunale di Pistoia ha emesso sentenza con la quale dichiara l'albergatore cav. Torello Cappellini, proprietario della fonte « La Fredda » a Pracchia, colpevole del reato di corruzione di acque potabili di uso comune e del delitto di omicidio colposo aggravato, per la morte di 22 persone e la malattia di 97; lo condanna a 6 anni di detenzione, L. 3500 di multa, spese e provvigionale in L. 2000 alla Parte civile, e ai danni, da liquidarsi in separata sede; lo assolve dal reato di frode in commercio per intervenuta amnistia.

Si annunzia un ricorso in appello.

Azione giudiziaria per una pinza dimenticata nell'addome di un operato.

I giornali politici hanno esposto largamente le complicate vicende giudiziarie e riportato e commentato una sentenza della Corte di Cassazione (III Sezione Civile), in merito ad una causa intentata contro il prof. Tommaso Busachi e contro l'Ospedale Civile di Cremona, in quanto una pinza Péan era stata dimenticata nell'addome di un operato di gastro-enterostomia, sig. Eugenio Miglioli: un nuovo atto operativo, praticato 6 mesi dopo a Milano, fu seguito da peritonite settica diffusa, con esito letale.

La causa è stata rimandata, per un nuovo esame, alla Corte d'Appello di Torino.

Azione giudiziaria di un medico contro un ospedale.

Il dott. Lhuillier, aiuto alla clinica oftalmologica di Nantes, stava curando un malato colpito da eresipela, quando una pietra, distaccatasi da un edifizio in riparazione, mandò in frantumi la vetrata della sala: un frammento di vetro ebbe a ferirlo e istintivamente egli portò la mano sul posto: ne seguì un'infezione grave, che tenne a lungo il medico tra la vita e la morte e lo obbligò poi ad una lunga convalescenza. Il fatto accadde il 12 maggio 1928. L'infortunato intentò un'azione giudiziaria: chiedeva, agli istituti ospedalieri di Nantes, più di 170.000 franchi di danni, per negligenza. L'istruttoria escluse che vi fosse luogo a procedere, ammettendo trattarsi di caso fortuito. Ora, però, il Consiglio di prefettura di Nantes ha riconosciuto la responsabilità degli istituti ospedalieri e ordinato una perizia.

Per la limitazione delle nascite a Londra.

Il governo inglese ha, in via di esperimento, autorizzato l'istituzione a Londra di un ambulatorio speciale ove si danno consigli alle donne maritate il cui stato di salute può essere compromesso dalle gravidanze.

Corrigenda. — Nel fasc. 21, p. 759, 5ª notizia, 2° capov., leggere corone invece di franchi.

È morto in età di 83 anni il prof. VINCENZO MONTENOVESI, che per molti anni fu primario chirurgo negli Ospedali di Roma, poi direttore dello scomparso Ospedale di S. Antonio, poi ancora di quello di S. Giovanni. Da molto tempo si era ritirato in una sua villa a Fiano Romano. Professionista di valore, era assai noto e stimato. Fu anche deputato al Parlamento Nazionale.

F.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Arch. It. di Dermat. ecc., gen. — G. TORNABUONI. Sierodiagn. di Sciarra. — C. ICEVSKY. Eruzioni da bismuto.

Bordeaux Chirurgical, gen. — E. MONIZ e al. Diagn. encefalografica dei tumori cerebr.

Diagnostica e Tecn. di Labor., 25 dic. — L. PINELLI. Variazioni ematologiche determinate dal liquido di cisti d'echinococco.

Presse Méd., 14 gen. — L. BERNARD. Arresti della tubercolosi e superinfezioni. La nozione di guarigione della tbc.

Paris Méd., 17 gen. — Numero di dermatol.

Journ. d. Prat., 17 gen. — P. DELBET. Rettite stenosante.

Amer. Journ. Med. Sc., gen. — H. F. SWIFT e al. Immunizzazione antistreptococcica nella febbre reumatica. — J. E. COTTRELL e F. C. WOOD. L'epinefrina nell'angina pectoris. — W. M. BOOTHBY. Insufficienza paratiroidea post-operativa. — J. ANDREW e M. PAULSON. I protozoi intestinali nella zona temperata.

Journal A. M. A., 3 gen. — C. A. NEYMAN e S. L. OSBORNE. Trattam. della demenza paralitica con l'ipertemia diatermica. — C. MAZER e J. HOFFMANN. Le reazioni agli ormoni sessuali per la diagnosi precoce di gravid.

Med. Welt, 17 gen. — R. ROOSEN. La natura del cancro e il suo trattam. causale.

Med. Klinik, 16 gen. — E. MELCHIOR. L'operazione precoce. — F. LEESER e J. SIMON. La cosidetta artrite endocrina.

Presse Méd., 17 gen. — J. DARIER e A. TZANEK. Il trattam. odierno dell'eczema.

Münch. Med. Woch., 16 gen. — URBACH. Fisiopatologia della cute. — KNAUS. Autotrasfusione ematica nelle emorragie endoaddomin. massive.

Journal A. M. A., 10 gen. — A. L. CHUTE e al. L'anestesia regionale in urologia.

Paris Méd., 17 gen. — Numero di dermatol.

Journ. Méd. Franç., dic. — Numero sulla terapia sedativa dei dolori addom.

Sanatorium, gen. — P. GAIFAMI. Sanatorio per gestanti a Bari.

Minerva Med., 13 gen. — U. RONDELLI e S. CHIABRERA. Variazioni dell'azotemia durante la fatica.

Rev. de Droit Pénal ecc. — H. BEKAERT. Il delitto di contagio venereo.

Proc. R. Soc. Med., gen. — Discussioni sui tumori vascolari del cervello e del midollo spin. e sullo stato precanceroso del laringe.

Zeitsch. f. Tuberk., gen. — W. BERGHAUS, A. CALMETTE. Vaccinaz. alla Calmette.

Arch. di Patol. e Clin. Med., dic. — A. ALLODI. Patogenicità di alcuni parassiti dell'intestino umano. — G. RUFFINI e L. ALESTRA. Pressione venosa periferica.

Pediatria, 15 gen. — M. GERBASI. L'amebiasi nei lattanti.

Indice alfabetico per materie.

V. ASCOLI †, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

Riviste edite dalla nostra Casa, che si possono ottenere in abbonamento cumulativo con "Il Policlinico,,.

Sommari dei Numeri pubblicati nel mese di Giugno 1931:

LA CLINICA OSTETRICA

Rivista mensile diretta da Paolo Gaifami

Il Numero 6 (Giugno 1931) contiene:

Lavori originali: G. ALBANO: Oligoamnios e prolasso del funicolo.

Fatti e documenti: F. SAVIGNONI: Di una rara malconformazione dell'intestino fetale. — F. GRAZIANI: Di una rara malformazione fetale.

La rubrica degli errori: M. TRETTENERO: Tumore maligno dell'ovaio con emorragia endoperitoneale diagnosticato per gravidanza extra-uterina.

La rubrica medico-legale: A. BERTINO: Relazione di perizia collegiale in tema di aborto procurato.

Terapia: I. NICOLIEFF: Isterectomia precesarea.

Cose viste (La pagina del medico pratico): P. GAIFAMI: Ipertrofia longitudinale del collo causa di distocia; febbre in travaglio di parto; morte endouterina e putrefazione del feto; timpanismo uterino; infezione puerperale mortale.

Dalle riviste: **Ostetricia**: La reazione di Ascheim-Zondeck nella mola vescicolare e nel corioepitelioma. — La terapia calcica della eclampsia. — Modificazioni del fondo dell'occhio nell'amaurosi eclamptica. — Influenza della rottura artificiale delle membrane su l'evoluzione del parto. — Profilassi delle trombosi e delle flebiti in puerperio. — Le emorragie intracraniche dei neonati. — **Ginecologia**: Ritenzione congenita del sangue mestruale. — Nota su di una rara complicazione dei fibromi uterini: l'emorragia intraperitoneale. — Il trattamento delle annessiti con l'intradermovaccinoterapia. — Contributo allo studio del trattamento delle metroannessiti con la vaccinazione regionale (metodo Basset-Poincloux). — Impiego dell'anestesia locale e regionale nell'isterectomia vaginale. — Tricomoniasi vaginale. — Sulla terapia della leucorrea. — **Note di biologia**: Sulla vaccinazione antitubercolare sperimentale. — La determinazione del sesso. — L'effetto dell'iniezione di ormone sessuale femminile (estrina) sul concepimento e sulla gravidanza della cavia. — Sulla genesi della anencefalia. — **Problemi sociali**: E. PESTALOZZA: Maternità e lavoro

I libri. — Varietà.

Abbonamento annuo: Italia L. **40**; Estero L. **60**. Per gli associati al «Policlinico»: Italia L. **36**; Estero L. **50**. Un numero separato L. **6**.

CUORE E CIRCOLAZIONE

Periodico mensile diretto dal prof. VITTORIO ASCOLI †
Redattore-capo: prof. CESARE PEZZI

Il Numero 6 (Giugno 1931) contiene:

Lavori originali: I. - M. CALABRESI: Sulla esistenza delle extrasistoli atriali interpolate. — II. - A. COSTA: Studio sulla morfogenesi e la fisiopatologia dei difetti congeniti del setto interatriale del cuore. — III. - L. GROSSI e E. E. PODESTA': Comunicazione interventricolare. Dissociazione atrioventricolare completa. Alternanza elettrica.

Rassegne, Riviste e Congressi: **Fisiopatologia**: L. ALZONA: La funzione del fegato nei cardiopatici indagata con la curva ammino-acidemica. — L. AZZONA: Sulla importanza della misurazione della pressione venosa durante la manovra di Wilson (reflusso addomino-giugulare) per la valutazione della capacità funzionale del cuore. — **Clinica**: D. RIESMAN: Ipertensione e longevità. — A. F. CAMAUER e J. I. SACON: Sindrome di Bernheim simulante sotto certi aspetti una sindrome mediastinica antero-superiore. — LAMBRY, BROSSE, BOGAERT: L'immagine grafica del polso arterioso durante la insufficienza aortica. — T. PADILLA e P. COSSIO: Modificazioni caratteristiche e non caratteristiche dell'elettrocardiogramma nell'infarto del miocardio. — Wolheim: Infarto cardiaco e angina di petto. M. R. CASTEX, R. LAMIREZ LOPEZ, A. BATTRO: Blocchi di branca concordanti. — M. R. CASTEX, M. SCHTEINGART, A. BATTRO: Il cuore negli ipertiroidei. Studio elettrocardiografico.

Notizie bibliografiche: A. CLERC: Précis de Pathologie médicale: Coeur et Vaisseaux.

Abbonamento annuo: Italia L. **40**; Estero L. **60**. Per gli associati al «Policlinico»: Italia L. **36**; Estero L. **50**. Un numero separato L. **6**.

IL VALSALVA

RIVISTA MENSILE DI OTO-RINO-LARINGOJATRIA
diretta da **GUGLIELMO BILANCIONI**

Il Numero 6 (Giugno 1931) contiene:

Terapia: C. A. TORRIGIANI: Terapia irradiante radioattiva dei sarcomi della faringe.

Specialità e medicina generale: G. LUZZATTO-FEGIZ: Statica mediastinica e statica laringea nella tubercolosi pleuro-polmonare cronica. — R. MOTTA: Deviazioni associate della lingua protrusa e della laringe.

Discussioni: E. LEO: La tracheotomia di fronte alla intubazione nella laringostenosi difterica.

Idee e metodi nuovi: F. CONTARINI: Tracheotomia o tracheostomia?

Raccolta di fatti: E. TOTI: Mucocele etmoidale fistolizzato nella palpebra inferiore.

Ricerche di laboratorio: M. SCALZITTI: Dermografismo e turbe labirintiche.

Recensioni: Ricerche sperimentali sulle alterazioni prodotte dagli anestetici locali in tessuti normali e patologici. — La chiusura della grande fontanella nei lattanti del Consultorio della R. Clinica Pediatrica di Torino. — Lo studio dei margini polmonari in espirazione forzata, come prova di elasticità. — Dilatazione idiopatica dell'esofago. — Spasmo dell'esofago e tetania del lattante. — Ossificazione idiopatica parziale bilaterale dei padiglioni auricolari. — Apparecchio per il sondaggio sterile dei bronchi. — La sinografia del seno longitudinale nella diagnosi dei tumori cerebrali. — Spasmo esofageo da mughetto. — Le stenosi concomitanti dell'esofago e del piloro per ingestione di acidi caustici. — Di una nuova tecnica per lo studio radiologico delle affezioni stenosanti dell'esofago. — L'indagine radiologica nelle sindromi da perforazione dell'esofago toracico. — L'azione dei raggi ultravioletti sul valore antitossico dei sieri antidifterici. — Sui traumi della base cranica e sulle loro prognosi. — A proposito della interpretazione di radiografie craniche. — Broncografia in pneumotorace. — Roentgenirradiazione della regione ipofisaria negli epilettici. — La indagine radiologica nelle osteomieliti del mascellare superiore. — La contrattilità attiva del polmone studiata mediante l'elettrobroncografia. — La radiografia dell'apparato respiratorio del bambino dopo iniezione post-mortale di sostanze opache di contrasto. — Studio radiologico dei doppi profili del diaframma esaminato sagittalmente.

La nota storica: G. BILANCIONI: La monografia del Mariotti sulle parotiti.

Notizie e questioni.

Necrologio: Vincenzo Montenovesi.

Abbonamento annuo: Italia L. **40**; Estero L. **60**. Per gli associati al «Policlinico»: Italia L. **36**; Estero L. **50**. Un numero separato L. **6**.

Per ottenere quanto sopra inviare Vaglia all'editore LUIGI POZZI - Ufficio Postale succursale diciotto - ROMA

ANNO XXXVIII Roma, 8 Giugno 1931 - IX Num. 23

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI †

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Ospedale Militare di Genova - Rep. Chirurgia.

Di alcuni anestetici e di un raro incidente da rachianestesia.

Dott. CESARE IMPERIALE
maggiore medico, capo reparto.

L'impiego della Rachianestesia è ormai in Italia ampiamente diffuso. Se alcuni chirurghi la osteggiano tuttora, se gran parte di coloro che la impiegano ne limitano prudentemente l'uso agli interventi che debbono essere portati sugli arti inferiori, sul peritoneo, sul retto, e sui quadranti sottombelicali dell'addome, altri se ne valgono e la giudicano ottima anche per gli atti operativi da seguirsi sull'addome alto.

Così Chiasserini l'adopera nelle operazioni sul fegato, ed Anzilotti ritiene che, nella chirurgia dei quadranti addominali superiori, essa, meno di frequente che l'anestesia per inalazione, sia seguita da complicanze polmonari.

E nella Clinica Chirurgica di Genova (prof. Tusini) essa viene impiegata, in casi particolari, anche per interventi sullo stomaco e sul fegato. Malgrado gli inconvenienti ai quali può dar luogo (inconvenienti quasi sempre di lieve entità e non certo più numerosi nè più gravi di quelli presentati da ogni altro metodo di anestesia), per i numerosi ed indiscutibili vantaggi che le sono propri (quale il lasciare inalterato l'equilibrio acidobasico: il non esercitare influenza dannosa sul fegato e sul rene, il presentare raramente complicanze polmonari: l'essere di semplice esecuzione), essa ha meritato, fra i metodi di anestesia, un posto di primo ordine.

La sua utilità quindi non viene oggi posta in discussione dalla grandissima maggioranza dei chirurghi, solo ci si studia di identificare quale fra le numerose sostanze anestetiche impiegate, presenti i minimi inconvenienti ed i maggiori vantaggi.

Fra i numerosi anestetici relativamente poco tossici, il cui numero va continuamente accrescendosi, trovano il più largo impiego in Rachianestesia, la Novocaina, la Tropocaina, la Sincaina, la Stovaina, la Tutocaina.

Più recentemente venne preconizzato l'uso della spinocaina e della percaina.

Avendo una sufficiente pratica personale di Rachianestesia (oltre 1000 R) ed avendo impiegato anestetici diversi, credo utile di riferire quale di essi dia, a mio modo di vedere, i migliori risultati.

Ho adoperato dapprima quale anestetico la tropocaina (7 ctgr. in un cmc. di soluzione fisiologica). Ho avuto da questo preparato buoni risultati: scarsi disturbi immediati (pallore, polso piccolo, nausea, senso di oppressione, vomito, perdita di feci): più frequenti gli incidenti consecutivi quali aumento di temperatura, ritenzione di urina, rachialgia.

Ma lo svantaggio principale della tropocaina è la breve durata della anestesia che talvolta si dilegua dopo così breve periodo di tempo, da rendere necessario, anche per operazioni di non grave entità, di ricorrere ad una narcosi suppletiva per condurre a termine l'intervento.

Ho successivamente sperimentato l'uso dell'anestetico S. F. 147. Questo preparato, se mi ha dato buoni risultati nella pratica della anestesia locale da infiltrazione, mi è parso poco raccomandabile nell'uso della Rachianestesia.

Adoperavo di esso, come viene consigliato, da 2 1/2 a 4 cmc. di una soluzione sterile all'1 %. Certo, comparandola colla tropocaina, la Rachianestesia con F. S. 147 offrirebbe notevoli vantaggi.

Infatti pur avendo eseguito sempre Rachianestesie basse (fra 2ª e 3ª; 3ª e 4ª lombare) e con sottrazione di piccolissime quantità di liquido cefalo-rachidiano, ho notato come l'anestesia risalisse ben frequentemente ad un livello assai più elevato di quanto non avvenga, di solito, coll'uso della tropocaina.

Molto spesso, saggiando la sensibilità del paziente, si constatava infatti che esso era reso insensibile sino all'altezza dei primi spazii intercostali.

Anche la durata della anestesia viene ad essere maggiore che non con l'uso della Tropocaina: essa infatti si protrae facilmente anche per oltre un'ora e mezza.

Malauguratamente, oltre a questi vantaggi, che sarebbero davvero preziosi nella pratica l'S. F. 147 si è dimostrato a me (contrariamente a quanto pare sia avvenuto ad altri), assai più tossico della Tropocaina.

I disturbi consecutivi alla Rachianestesia, specie la cefalea, sono stati più intensi e più durevoli.

Persistevano, abitualmente, 4 o 5 giorni.

Il vomito, che colla Tropocaina si osserva raramente, è qui constatazione pressochè costante. Pressochè costantemente al 3° giorno ho osservata la comparsa di manifestazioni cutanee sul viso e sulle labbra, consistenti nell'apparire di grappoli di bolle a tipo erpetico.

Queste manifestazioni mi sembrerebbero assai simili all'Herpes Zoster che compare in seguito ad alterazioni radicolo-ganglionari, per fattori infettivi. Nell'ultimo caso poi in cui ho avuto l'occasione di usare la Rachianestesia con l'S. F. 147, ho osservato un incidente di così rimarchevole gravità, da sconsigliarmi di prolungarne ulteriormente la esperienza. Si trattava di un giovane soldato di robustissima costituzione, contadino di mestiere, con gentilizio ed anamnesi remota pura, con visceri sani, senza alcuna apprezzabile alterazione del sistema nervoso e del rene.

Fu operato di voluminoso varicocele sinistro mediante semplice resezione dello scroto. Praticata la R. con 2 cm. e 1/2 di soluzione, pari a 2 ctgr. e 1/2 di anestetico, si ottenne ottima anestesia, senza alcun fenomeno di intolleranza immediata.

A sei ore dalla operazione però, improvvisamente, comparvero convulsioni a tipo tonico-clonico, generalizzate; perdita completa della coscienza, emissione involontaria di feci e di urina. I fatti convulsivi cessarono rapidamente, perdurò lo stato di completa incoscienza. L'infermo era apiretico, aveva polso regolare, ritmico, a 70 pulsazioni: respiro a tipo normale, viso congesto, riflessi tendinei torpidi, riflessi pupillari alla luce torpidissimi, talora paradossi. Esisteva lieve rigidità della nuca, non si riscontravano strie del Trousseau, la sensibilità cutanea per il dolore ed il senso termico apparivano conservati.

Nessun fenomeno paralitico a carico dei vari gruppi muscolari. L'esame delle urine rivelava la presenza di albumina e di cilindri granulosi; il liquido cefalo-rachidiano si mostrava leggermente opalescente e dimostrava un notevole aumento del suo contenuto in albumina (4 ‰). Si constatava la solita comparsa di erpete labiale e delle guance. La sindrome sopradescritta è durata circa trenta ore, quindi i fenomeni si sono rapidamente dileguati senza lasciare alcuna traccia. L'infermo si ristabilì prontamente e scomparvero dalle urine gli elementi patologici che vi erano stati riscontrati.

Data la iperalbuminuria del liquor e la sintomatologia clinica credo non vi sia che da ammettere essersi trattato di una meningite

sierosa insorta in seguito alla presenza della soluzione anestetica, notevolmente tossica, nel cavo spinale.

Effettivamente fenomeni di meningismo sono stati con qualche frequenza osservati in seguito all'impiego dei soliti derivati della cocaina che comunemente vengono adoperati nella pratica della rachianestesia; non è a mia conoscenza però che essi si siano mai manifestati con una così imponente sintomatologia.

Ritengo quindi che l'S. F. 147 il quale presenterebbe in rapporto con altri preparati incontestabili vantaggi quali la maggior durata e la maggior estensione della anestesia, debba ritenersi però più degli altri tossico, ed il suo impiego, nella pratica della R., non sia consigliabile.

Da circa un anno ho preso ad usare per la Rachianestesia la Tutocaina; adoperando le fiale che contengono una dose in polvere dell'anestetico pari a gr. 0,075. La soluzione viene determinata immettendo nella fiala 5 cc. di liquor; a soluzione avvenuta immetto nello speco vertebrale 3 cc. di anestetico, pari a gr. 0,045. Tale dose mi si è dimostrata sufficiente per gl'interventi comuni praticati nella zona sottombelicale (appendiciti, ernie ecc.) e per tutte le operazioni da eseguirsi sugli arti inferiori e sul perineo.

Non uso speciali iniezioni preparanti (scopolamina, morfina) ma mi limito a far eseguire, un'ora prima dell'intervento, una iniezione di 10 ctgr. di caffeina, allo scopo di ovviare ad una possibile caduta della pressione sanguigna. Eseguo la puntura del rachide essendo l'infermo in posizione seduta; la puntura viene solitamente praticata nello spazio compreso fra 2ª e 3ª o fra 3ª e 4ª vertebra lombare, il che è sufficiente per ottenere una buona anestesia di tutte le regioni poste al disotto dell'ombelico.

La puntura viene praticata con siringa da 10 cc. sterilizzata con ebollizione in acqua bidistillata. Uso lasciar defluire pochi cc. di liquor ed eseguo costantemente il barbotage. Faccio mantenere l'infermo seduto sino a che non compare il caratteristico senso di formicolio ai piedi, mantengo durante questo breve tempo l'ago nello speco per evitare che il liquido anestetico possa refluire attraverso il foro esistente nella meninge, menomando così l'efficacia di esso.

Allorchè i primi segni dell'anestesia si sono resi manifesti, faccio porre l'infermo in posizione orizzontale tenendo però fortemente sollevata la testa con un cuscino. Con queste semplici norme di tecnica, ho eseguito in rachianestesia tutocainica oltre 200 interventi sulle regioni sottombelicali dell'addome, sul peritoneo, sugli arti inferiori.

Non ho avuto a lamentare mai alcun inconveniente di qualche rilievo. I disturbi immediati si limitarono a lieve senso di nausea che l'infermo avvertiva; raramente si ebbero conati di vomito. Il polso si mantenne costantemente valido e pieno, diminuiva soltanto lievemente nella sua frequenza.

Non si ebbe mai accenno a fenomeni di collasso. Non fu mai riscontrata la perdita di feci. L'anestesia della durata di oltre una ora fu sempre ottima, determinando perfetto rilasciamento muscolare e concedendo di condurre a termine l'intervento in tutta tranquillità, nè si rese mai necessario l'impiego di altri anestetici. L'anestesia fu ottenuta costantemente in tutti i casi in cui questo anestetico venne impiegato.

Fra i disturbi consecutivi la cefalea si osservò raramente e fu estremamente passeggera. Anche la elevazione termica che così frequentemente si osserva in tutte le rachianestesie, non oltrepassò mai i 38°,5 nè si mantenne oltre le 24 ore dell'intervento.

Nel 75 % dei casi non si ebbe, neanche transitoriamente, ritenzione post-operatoria di urina. Non si ebbero a riscontrare fenomeni nervosi tardivi. È probabile che il costante successo che si ottiene coll'uso di questo anestetico sia anche dovuto al fatto che esso viene presentato indisciolto e che la sua perfetta conservazione ne viene quindi assicurata per un tempo indefinitamente lungo.

Sappiamo infatti quanto facilmente alterabili possano essere le soluzioni che, dopo un certo tempo della loro preparazione, possono perdere della loro proprietà anestetizzante ed aumentare il loro coefficiente di tossicità. Questo pregio indiscutibile della preparazione in polvere che ci obbliga ad eseguire estemporaneamente la soluzione all'atto dell'impiego è causa talora di un lieve inconveniente. Succede talvolta infatti che, per fatti di ipopressione del liquido cefalo-rachidiano riesca malagevole raccogliere nella siringa la quantità di liquor necessaria per eseguire la soluzione (5 cc).

Ma è facile ovviare a questo inconveniente tenendo pronta, nell'eventualità di questo fatto, qualche fiala contenente 5 cc. di soluzione fisiologica sterile.

Concludendo, poichè è indubbio che l'antica anestesia per inalazione cloroformica ed

eterea va perdendo terreno, poichè è probabile che l'anestesia a mezzo dei gas potrà difficilmente trovare un'ampia diffusione (dato il costo elevato e la difficoltà di procurarsi i gaz stessi, è da ritenere che la Rachianestesia rimarrà quale preziosa risorsa, nella pratica chirurgica.

Ciò premesso, se è possibile ed è desiderabile che la chimica possa offrirci ulteriori preparati che si presentino anche più vantaggiosi nell'uso della Rachianestesia, è da ritenere frattanto che nella Tutocaina il chirurgo che pratichi l'anestesia Rachidea, può fare un sicuro affidamento.

La Rachianestesia controllabile alla spinocaina secondo Pitkin, fu recentemente soggetta a critiche non infondate, sia dal punto di vista teorico che da quello pratico (Howard Jones); la percaina, sulla quale si appuntano parecchie speranze sta facendo le sue prove, nè queste le son tutte favorevoli; la Tutocaina frattanto, per unanime consenso dei numerosi chirurghi che l'hanno sperimentata (Pensa, Fauvet, Herfat, Braum, Valdoni, ecc. ecc.) si è affermata nella pratica come un preparato che ad una sicura efficacia unisce la garanzia di una innocuità pressocchè assoluta.

RIASSUNTO.

L'A. espone i risultati ottenuti nella pratica della Rachianestesia adoperando diversi anestetici, e descrive un'incidente occorsogli (meningite asettica) dopo l'uso di uno di questi preparati.

BIBLIOGRAFIA.

ANZILOTTI. Archivio ed Atti della Società Italiana di Chirurgia, 1929.
CHIASSERINI. Ibid., 1929.
BRAUN. Sonderdruck aus Klinische Wochenschrift, 3 Iahrg., n. 17.
DI NATALE. Minerva Medica, n. 33, 1928.
HEFFARTH. Brun's Beitrage zur Klinischen Chirurgie, Band CXXXII, Heft 1.
IMPERIALE. Liguria Medica, n. 4, 1927.
FAUVET. Zentralbl. f. Chir., 1928, n. 7.
VALDONI. Policlinico, Sez. Pratica, 1926, n. 42.
PENSA. Rivista Italiana di Ginecologia, vol. VI, fasc. 1, 1927.

NOTE E CONTRIBUTI.

ISTITUTO DIAGNOSTICO DI REGGIO CALABRIA

Casi di broncospirochetosi in Calabria.

Note epidemiologiche e clinico-diagnostiche

per il dott. P. TIMPANO.

Tra le malattie di provenienza tropicale che sono state riscontrate in Calabria (febbre ondulante, febbre dei tre giorni, febbre dengue, febbre maculosa, leishmaniosi, amebiasi, lepra, ulcus tropicum, ecc.) possiamo registrare la *broncospirochetosi* di Castellani dovuta alla *spirochaeta bronchialis* descritta dal Castellani stesso nel 1905.

Non è qui il caso di riassumere la letteratura esistente sull'argomento sia dal punto di vista dell'etiologia, sia dal punto di vista clinico ed anatomo-patologico. Mi basta accennare al fatto che la broncospirochetosi non è rara neppure nelle *zone temperate* e che è prudente sospettarla ogni volta che nei ripetuti esami batterioscopici e biologici di espettorato appartenente ad individui affetti di sindromi simulanti la tubercolosi non si riscontra il bacillo di Koch od altro microrganismo patogeno e si possa escludere la sifilide.

La broncospirochetosi può decorrere in modo acuto, subacuto e cronico. Di forme croniche se ne distinguono fino ad oggi cinque: una nella quale lo sputo è muco-purulento emorragico, una caratterizzata da sputo semplicemente purulento, una da sputo putrido, una a tipo asmatico ed una che può presentare, durante il decorso, ora l'una ora l'altra delle forme accennate e che si ritiene secondaria alla rinofaringite spirochetica. È specialmente la forma sub-acuta e cronica che si può confondere colla tubercolosi.

I casi di broncospirochetosi da me accertati sono quattro: D. Annunziato, di anni 32; M. Antonino, di anni 33; C. Domenico, di anni 29; G. Santa, di anni 36. Due di questi (M. Antonino e C. Domenico) furono seguiti radiologicamente dal dott. Talia nel nostro Istituto e sottoposti a trattamento specifico con preparati arsenicali dai rispettivi medici curanti.

Io desidero illustrare un caso che capitò per primo alla mia osservazione e che ha importanza non solo per il decorso clinico, ma anche perchè complicato da una pleurite essudativa dovuta allo stesso agente infettivo. Aggiungerò in fine alcune considerazioni cliniche ed alcune osservazioni relative alle indagini di laboratorio.

D. Annunziato, di anni 32, muratore, ammogliato con prole. Nulla d'importante dal lato ereditario. La malattia ebbe inizio nel settembre del 1928 con tosse, espettorato scarso e febbre irregolare. Dopo qualche mese la tosse divenne più molesta, l'espettorato più abbondante, muco-purulento, a volte striato di sangue, la febbre più elevata e spesso preceduta da brividi. All'esame del torace si notò ipofonesi verso la base di destra e scarsi rantoli umidi. Nessuna alterazione degna di rilievo a carico della bocca e del rinofaringe. Cuore sano, fegato e milza nei limiti, sistema glandolare normale.

Si pensò subito ad un processo tubercolare, ma l'esame dell'espettorato fu negativo per i bacilli di Koch ed in mezzo ad una flora batterica comune si potè notare la presenza di parecchie spirochete e di vari bacilli fusiformi. Tuttavia non diedi importanza a questo reperto. La malattia continuò, con alternative di miglioramenti e peggioramenti, fino alla metà di novembre. Le cure a base di preparati balsamici e di calcio non diedero risultati apprezzabili. Un giorno improvvisamente si elevò la febbre e il D. ebbe parecchi sputi emottoici. In seguito l'espettorato divenne muco-purulento ed alquanto putrido. L'esame, anche dopo l'omogeneizzazione, non fece rilevare bacilli di Koch, ma l'idea della tubercolosi s'insinuò ancor più nella mente dell'ammalato e dei congiunti. Fu allora che ritenni necessario procedere a nuovi accertamenti diagnostici. L'esame del sangue per la lues riuscì negativo; l'esame delle urine dimostrò la presenza di traccie di albumina ed assenza di elementi renali; l'esame dell'espettorato, ripetuto quattro volte in 20 giorni, previa pulizia accurata della bocca onde eliminare le comuni spirochete dalla cavità orale e previo lavaggio dello stesso espettorato in acqua distillata, fu costantemente negativo per i bacilli di Koch e per le fibre elastiche, ma i preparati colorati con fucsina di Ziehl diluita e col metodo Fontana-Tribondeau fecero osservare parecchie spirochete sottili, di lunghezza variabile, per lo più a brevi ondulazioni, e scarsi bacilli fusiformi. Cominciai a pensare all'origine spirochetica del processo bronco-polmonare e ad escludere la tubercolosi (fig. 1).

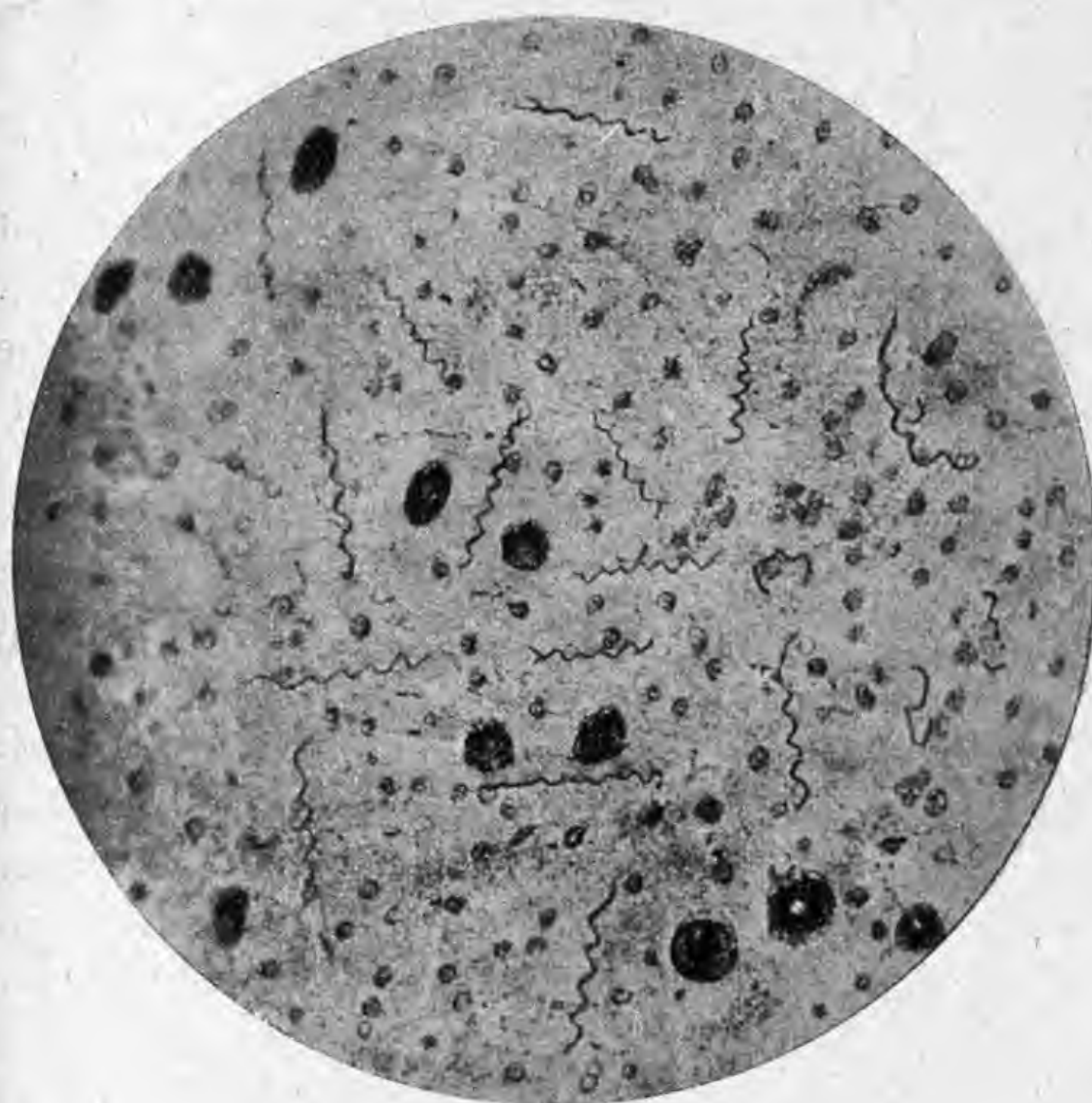
Fig. 1.

Il 9 dicembre l'ammalato fu colto da brividi intensi e la febbre si elevò a 40 1/2, con tosse stizzosa e dolore alla base del torace destro. Potei visitarlo due giorni dopo e fare una puntura esplorativa. Estrassi circa 2 cmc. di essudato, con cui allestii parecchi preparati che colorai col metodo di Ziehl-Nelsen, con quello di Fontana-Tribondeau, col Giemsa II, con la miscela di Ziehl-Ruge. In tutti erano evidenti le spirochete in discreto numero. Assenza di bacilli fusiformi e di bacilli di Koch (fig. 2).

Fig. 2.

Questo reperto mi tolse ogni dubbio sulla natura spirochetica del processo bronco-polmonare e del processo pleurico, e consigliai la cura con lo stovarsolo (3 compresse al giorno con i prescritti intervalli di riposo). Il miglioramento che ne seguì dopo 24 giorni fu sensibile. Data la tolleranza del paziente verso questo preparato ar-

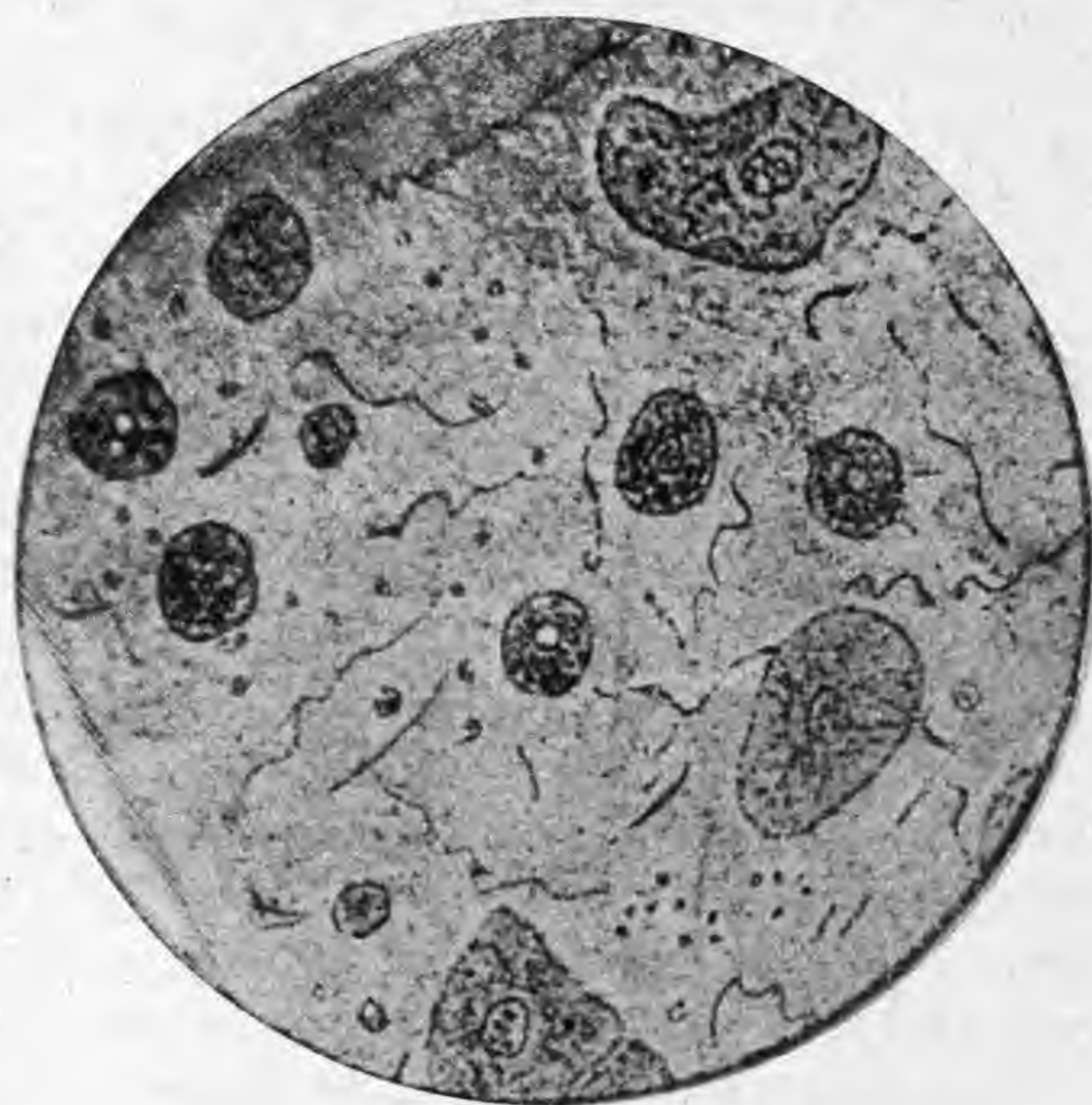



Fig. 3.

senicale, feci continuare la cura, associandola alle iniezioni di endoiodina. La febbre, dopo un mese e mezzo, lentamente cessò, la tosse divenne assai rara, con scarso espettorato mucoso e inodore.

Il D., dopo aver riposato un altro mese, potè riprendere le sue occupazioni.

Il 25 luglio del 1929 ebbe un nuovo attacco di bronchite con espettorato muco-purulento e febbre a 38-38,5. L'esame dell'espettorato riuscì ancora negativo per i bacilli di Koch ed in mezzo ad una flora microbica scarsa si notarono rare spirochete e rarissimi bacilli fusiformi (fig. 3). Una cura a base di tartaro stibiato associato al liquore arsenicale, secondo la prescrizione del Castellani, seguita da una cura di arsaminol in fiale da 3 cmc. fece sparire ogni disturbo. L'esame radiologico praticato nel dicembre dello stesso anno dimostrò i segni di una peribronchite con esiti di pleurite basale destra.

Il D., che ho avuto occasione di vedere più volte, continua a godere buona salute.

Il caso di broncospirochetosi sopra descritto è interessante perchè mi ha consentito, più di qualunque altro, un accertamento diagnostico completo e perchè nel lungo decorso della malattia è sopravvenuta una pleurite essudativa dovuta allo stesso agente infettivo. La prova terapeutica contribuì a confermare la natura spirochetica della broncopolmonite e della pleurite. La pleurite provocata dalla spirocheta bronchiale del Castellani rappresenta una evenienza assai rara. Nella letteratura si conoscono i casi di Lanceraux, di Simon, di Raditsch e di qualche altro.

Per quanto riguarda il modo di diffusione della broncospirochetosi, alcuni ritengono che avvenga da uomo ad uomo per mezzo della polvere contenente sputi disseccati, altri, considerando che la vita della spirocheta bronchialis è brevissima dopo l'emissione dell'espettorato, dicono che la diffusione avvenga per mezzo di goccioline di sputo proiettate dall'ammalato tossendo.

Riguardo alla diagnosi, tutti gli autori sono concordi nell'affermare che essa si fa esclusivamente in base all'esame dell'espettorato. Nè la sintomatologia clinica, nè i segni radiologici possono condurre alla diagnosi. Il quadro clinico, specialmente nei casi subacuti o cronici, non differisce gran che da quello dato dalle lesioni tubercolari o pseudo-tubercolari; il quadro radiologico non presenta nessuna caratteristica che possa indurre il radiologo a pensare alla broncospirochetosi piuttosto che alla tubercolosi, alla gangrena, all'amebiasi ecc. Diversi casi di broncospirochetosi sono stati studiati radiologicamente, ma nessuno ha potuto rilevare dei segni propri a questa malattia, neppure seguendo allo schermo le varie fasi del processo morboso e i segni anatomo-radiologici di eventuali pseudocaverne, per cui anche i radiologi riconoscono la impossibilità di giungere alla diagnosi senza l'esame dell'espettorato.

Riguardo ai metodi di esame dell'espettorato, e all'apprezzamento del reperto batterioscopico, è opportuna qualche osservazione.

Prima di tutto l'espettorato, considerate le varie forme esistenti di broncospirochetosi e le diverse fasi che la malattia può presentare nel suo decorso, e tenuto conto delle forme associate o sostituite, non ha nulla di caratteristico dal punto di vista fisico-organolettico.

Neppure l'odore cattivo ha importanza per la diagnosi, perchè è noto che non in tutti i casi di broncospirochetosi si emette dell'espettorato putrido. Bezaçon, Etchegoin e Sanarelli in parecchie culture ricche di spirochete polmonari hanno notato l'assenza dell'odore fetido.

Per quanto riguarda il reperto batterioscopico bisogna avvertire che per eliminare sicuramente la diagnosi di tubercolosi e d'infezione associata non basta che in uno o parecchi rapidi esami di espettorato non si trovi il bacillo di Koch. Si conoscono casi di tubercolosi in cui l'esame dell'espettorato resta sempre negativo, altri in cui l'esame dell'espettorato qualche volta riesce positivo e molte volte negativo, e finalmente casi d'infezioni associate o addirittura sostituite nei quali l'esame dell'espettorato non fa più vedere il bacillo di Koch. Nè la eventuale presenza di alcune spirochete e di alcuni bacilli fusiformi basta a farci diagnosticare senz'altro la broncospirochetosi di Castellani.

Per conseguenza è necessario esaminare gli espettorati freschi e lavati, ripetere l'esame e, se del caso ricorrere alla inoculazione nelle cavie prima di escludere la tubercolosi, vagliare il reperto delle forme fuso-spirillari prima di escludere altri processi morbosi a carico dei polmoni.

Circa i metodi di colorazione mi sono servito principalmente della fucsina carbolica diluita, della soluzione di Giemsa II e del metodo Fontana-Tribondeau. Ma conoscendo con quale difficoltà si ottengono delle buone colorazioni della spirocheta di Castellani, ho provato anche la miscela colorante di Pulgher: acido tannico purissimo g. 0,30, cristalvioletto g. 0,15, acido cloridrico g. 1, acqua distillata g. 100.

Il Pulgher l'adopera per la colorazione delle ciglia, il Tixi per la colorazione del treponema pallidum. Il preparato, essicato all'a-

ria, viene colorato con la suddetta miscela diluita a parti uguali con acqua distillata, riscaldata fino all'ebollizione in una piccola provetta e versata sul vetrino. Dopo 20-30 secondi si lava con una soluzione di acido acetico al 5 % e poi con acqua. Le spirochete si colorano in azzurro-viola.

Un altro metodo, da altri usato per il treponema pallidum, è il seguente: sul preparato, essicato all'aria, si depositano due goccie di liquido di Ruge e 8 goccie di fucsina di Ziehl e con una bacchettina di vetro si distende la miscela sul vetrino. Dopo 3 minuti si lava. Le spirochete assumono una colorazione violetto-scuro. Finalmente ho provato il metodo di Van Ermengen per la colorazione delle ciglia, metodo un po' lungo e delicato.

Immersione del preparato per 5 minuti in una miscela di acido osmico al 2 % parte 1, soluz. di tannino al 10 % p. 2 con alcune goccie di acido acetico (1 goccia per ogni 25 cc. di miscela) a temperatura di 50-60 gradi. Lavaggio in acqua distillata ed in alcool assoluto. Immersione per 10 secondi in una soluz. di nitrato d'argento al 0,50 %. Passaggio per 10 secondi nella soluzione acido gallico g. 5,0; tannino g. 3; acetato sodico g. 10; acqua distillata 350. Ritorno nella soluzione precedente fino a che questa cominci ad annerire. Lavaggio in acqua. Le spirochete si colorano in nero.

Ho voluto esaminare con i metodi di colorazione descritti non solo gli espettorati contenenti le spirochete del Castellani, ma anche espettorati di gangrena polmonare, secrezioni gengivali e di ulcus tropicum, nei quali erano presenti, in maggior o minor numero, spirochete e bacilli fusiformi.

Tutti i metodi accennati valgono a colorare più o meno bene le spirochete, ma col metodo Fontana-Tribondeau e con quello di Van Ermengen le spirochete si colorano in nero od in marrone e spiccano meglio. In pratica, però, è sufficiente la colorazione con la fucsina di Ziehl diluita, sia essa semplice, ovvero addizionata col liquido di Ruge, la colorazione col Giemsa II o col bleu di metilene boracico. È indispensabile che i vetrini siano ben puliti ed il materiale lavato e disteso in strato sottile. Le spirochete del Castellani si colorano leggermente, si presentano in forma sottile, con ondulazioni non uniformi. Facendo il confronto con le spirochete contenute in altre secrezioni patologiche è assai difficile che tali caratteri si possano considerare come propri delle spirochete bronchiali. Nei preparati di essudato le spirochete presentano dei caratteri morfologici e tintoriali di maggiore uniformità. Ciò non pertanto rimane sempre fermo il carattere pleomorfo di questi microrganismi.

Un'ultima osservazione riguarda l'associazione fuso-spirillare. Negli espettorati, nelle secrezioni buccali ed in quelle dell'ulcus tropicum si osservano le spirochete insieme ai bacilli fusiformi. Nella broncospirochetosi del Castellani i bacilli fusiformi sono meno numerosi. Nel liquido pleurico, invece, io ho riscontrato soltanto spirochete. Il Mayer, il Vincent ed il Reiche credono che le spirochete si trovino con maggiore frequenza in corrispondenza della zona limitante il tessuto vivo e sano e che i bacilli fusiformi si trovino in maggior numero nei tessuti necrosati.

Il Sanarelli ha potuto dimostrare sperimentalmente che i bacilli fusiformi non sono che spirochete, che per cause varie (azione di prodotti di ricambio di altri microbi, prolungata azione dell'ossigeno dell'aria ecc.) hanno perduto in tutto o in parte la facoltà di effettuare una completa e serrata rotazione elicoidale attorno al proprio asse. E perciò, « nelle manifestazioni patologiche caratterizzate dalla simultanea presenza di bacilli fusiformi e spirocheti i primi si trovano nelle zone più esterne, a contatto più o meno diretto con l'aria atmosferica e con un'infinità di altri batteri pullulanti in superficie, mentre le forme spirillari si osservano prevalentemente negli strati più profondi in prossimità del tessuto normale, dove si vedono sole, quasi in coltura pura ».

Alessandrini e Pampana, successivamente, videro che il vibrione di Finkler e Prior coltivato in terreno peptonato ed aclorurato perdeva la forma vibrionica per acquistare quella fusata. Tale reperto conferma le vedute di Sanarelli.

Di notevole importanza per l'andamento della broncospirochetosi e per i caratteri dell'espettorato sono le associazioni microbiche (pneumococco, enterococco, bacillus cutis commune, bacillo di Pfeiffer, altri bacteri capaci di provocare la decomposizione delle sostanze albuminoidi e quindi processi putrefattivi ecc.) che qui non è il caso di trattare diffusamente. I processi distruttivi, che portano perfino alla formazione di pseudocaverne, sono dovuti principalmente alle associazioni microbiche e

per questo non possono presentare delle caratteristiche proprie sia anatomo-patologiche sia anatomo-radiologiche.

RIASSUNTO.

Anche nelle zone temperate, come in Calabria, s'incontrano casi di broncospirochetosi di Castellani. Un caso di broncospirochetosi complicato da pleurite essudativa, dovuta allo stesso agente infettivo, dà occasione all'A. di richiamare l'attenzione dei lettori sulle difficoltà diagnostiche della malattia, sull'importanza e sulla tecnica dell'esame dell'espettorato, sul significato dell'associazione fuso-spirillare e delle altre associazioni batteriche.

Gennaio del 1931.

BIBLIOGRAFIA.

ALESSANDRINI e PAMPANA. *Come si costituiscono le supposte associazioni fuso-spirillari.* Atti della R. Accad. Medica di Roma, 1928, pag. 170.
BEZAÇON ed ETCHEGOIN. *Bacteriologie de la gangrène pulmonaire.* Bull. de l'Acad. de Méd., 8 marzo 1927.
BEZAÇON ed ETCHEGOIN. *Présence des spirochètes dans les crachats hémoptoiques des tuberculeux.* Acad. de Méd., 18 maggio 1926.
BEZAÇON, ETCHEGOIN, JACQUELIN e CELICE. *Sur la présence de spirochètes associées aux anaérobies de Veillon dans un cas de pleurésie putride.* Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 8 luglio 1927, n. 24.
CASTELLANI A. *Manuale di medicina tropicale.*
ID. *Broncho-spirochetosis.* Journ. of trop. Med., nov. 1926.
CAPUTI. *Contributo allo studio della pseudotuberc. polm.* Riforma medica, n. 43, 1923.
CANNAVÒ L. *Sindrome pseudotubercolare da broncospirochetosi.* Rivista Sanit. Sicil., n. 10, 1930.
DANGI G. e STROZZI T. *Sopra un caso di spirochetosi bronchiale.* Rivista di patologia e clin. della tubercolosi, fasc. XII, 1928.
FORTUNATO A. *Un caso di ascesso del polm. da associaz. fuso-spirillare.* Folia Med., n. 17, 1928.
FRUGONI. *Broncospirochetosi di Castellani,* Vol. II del Trattato del LUSTIG: *Malattie inf. dell'uomo e degli animali.*
FRANCHINI C. *Spirochetosi broncopolmonare.* Pathologica, 15 febbraio 1926.
FRANCO P. M. *Le pseudotubercolosi e le sindromi pseudotubercolari del polmone.* Napoli, 1930.
GATÉ J. et BILLA M. — *Contribution à l'étude des spirochétoses bronchiques; à propos de 32 cas.* Presse méd., 1927, pag. 513.
GIORDANO M. *Sulla presenza di flagellati nel polmone umano.* Arch. it. di scienz. med. col., fasc. 6, 1928.
MAGLIONE e PALAZZO. *Spirochetosi bronchiale.* Rev. Am. de immun. y quimiot, gennaio 1924.
MADERNA. *Su di un caso di broncospir. di Castellani ecc.* Riforma Medica, n. 22, 1926.
PEYROT. *Un'endemia di bronchite di Castellani.* Marseille Méd., marzo 1924.
SANARELLI G. *Identità degli spirocheti e dei bacilli fusiformi.* Annali d'Igiene, n. 9, 1927.
SIMON CHARLES. *Giardia enterica, A parassitic intestinal flagellate of man.* Amer. Journ. of Hygiene, vol. I.
SCHLÒSSMANN. *Recherches sur la spirochétose broncho-pulmonaire.* Presse Méd., n. 19, 1927.
VINCENT H. — *Sur la fuso-spirochétose bronchique. Simptôms, diagnostic et traitement.* 1° quaderno del Journal de méd. et de chir. prat., 10 gennaio 1927.
VINCENT H. *Etiologie et pathogénie de la gangrène pulmonaire.* Bullet. de l'Acad. de Médec., 23 febbraio 1927.

PROBLEMI NUOVI.

R. ISTITUTO DI CLINICA CHIRURGICA - PAVIA

Per la prevenzione del cancro negli ex-cancerosi

per il dott. SALVATORE DONATI.

In una Comunicazione tenuta nella prima adunanza scientifico-pratica della Sezione Milanese della Lega Italiana per la lotta contro il cancro il 23 febbraio 1930 (pubblicata nel n. 2 1930 del Bollettino della Lega) dapprima, ed in una Lezione clinica del 7 novembre di poi, il prof. Tansini esponeva alcune sue considerazioni in tema di cancro che saranno brevemente ancora ricordate in questa nota che vorrebbe richiamare su di esse l'attenzione non solo degli studiosi ma anche di tutti coloro che si dedicano alla lotta contro uno dei maggiori malanni che affliggono l'umanità.

Una prima considerazione che il prof. Tansini ha posto innanzi, riguarda l'esistenza di uno speciale tipo costituzionale che assai frequentemente si riscontra tra coloro che sono affetti da cancro. Affermava infatti Tansini in base alla sua lunga esperienza clinica che « gli individui con maggior frequenza colpiti dal cancro sono di robusta costituzione e di tipo sanguigno; rarissimi furono coloro che caddero sotto la sua osservazione, colpiti dal cancro e che fossero di costituzione gracile e di tipo anemico ». Tale rilievo che sembrerebbe in contrasto colla tendenza a considerare il cancro come malattia puramente locale, acquista oggi un notevole valore per l'importanza del concetto costituzionale nella patologia umorale e nella moderna biologia; si viene infatti a pensare attualmente, che, accanto ai fattori esterni, alcuni dei quali, noi sappiamo, possono avere una certa influenza, esistano altri fattori legati alla costituzione dell'individuo, i quali potrebbero entrare nel determinare la genesi e lo sviluppo del cancro.

L'importanza della costituzione, ritornata in onore in questi ultimi tempi, era del resto già nota agli antichi, che attribuivano l'insorgenza di certe malattie a difetti costituzionali: ma fu poi trascurata a causa del predominio dell'anatomia patologica e della teoria cellulare a base isto-morfologica, la quale cercava la ragione dei fenomeni vitali patologici quasi esclusivamente in alterazioni della cellula.

Affermato il valore del fattore costituzionale nei riguardi del cancro, il prof. Tansini passa ad un'altra osservazione alla quale attribuisce significato di dato costante; egli dice di « aver osservato a sua volta ed in un numero significante di casi, che il cancro negli individui giovani, uomini o donne, ha una malignità assai più terribile che negli individui maturi o nei vecchi ». Confortandosi con risultati di recenti ricerche (ad esempio quelle del Protti), le quali tendono a dimostrare che nel sangue è riscontrabile una particolare proprietà attivante le mitosi e che di tale potere, detto mitogenetico, è incomparabilmente più ricco il sangue dei giovani in confronto con quello dei vecchi, Tansini pensa che nei giovani, una volta sviluppatosi il cancro, questi debba avere più rapido e più maligno andamento proprio per detto potere che il sangue avrebbe di favorire le mitosi anche nei confronti degli elementi neoplastici.

Importanti sono i rilievi sui rapporti fra iperemia e cancro. Tansini crede che l'iperemia debba avere valore nella genesi e nello sviluppo del cancro oltre che per l'osservazione che il cancro si sviluppa preferibilmente là, dove più frequenti sono le iperemie attive sia fisiologiche che patologiche, anche per alcuni effetti terapeutici particolarmente buoni ottenuti in seguito a modificazioni di tecnica da lui adottate nell'estirpazione del cancro ed intese ad agire sul fattore iperemia, determinando ischemia locale. Ciò veniva da lui affermato fin dal 1924 ed in una conferenza tenuta il 15 giugno 1927 pei Medici dell'Ordine di Pavia e pubblicata nella *Gazzetta d. Ospedali e Cliniche* di Milano nel marzo 1928.

Egli confuta anzitutto l'importanza che si suol dare all'irritazione come azione favorevole di per sè allo sviluppo del cancro. Che cos'è infatti l'irritazione? Si è mai potuto dimostrare come possa per sè stessa produrre lo sviluppo di un tumore? Ciò che invece è certo, di facile ed incontestabile osservazione, è che l'irritazione produce anzitutto una iperemia; sta il fatto che organi i quali, a differenza delle mucose orali ed intestinali e della cute, non subiscono irritazioni meccaniche, fisiche o chimiche, ma fisiologicamente soggiacciono a frequenti iperemie, come la mammella e l'utero, sono assai colpiti dal cancro.

A conforto di tale considerazione sta ancora un fatto assai acutamente osservato dal prof. Tansini, e che non mi consta sia mai stato avanzato da alcuno: la cornea, che è pure organo ricco di epitelio, esposto ad ogni irritazione di vario genere, sede talora di ulcera spontanea, ma priva di vasi sanguigni, non va soggetta, se non in via eccezionale, al cancro primitivo; e, se vi si sono osservate neoplasie, queste, a detta di insigni trattatisti ed oculisti, si verificano sul panno corneale, cioè là dove per processi infiammatori vi fu formazione di vasi.

***

Da qualche tempo il prof. Tansini, in base al concetto dell'esistenza di una speciale costituzione dei cancerosi ed all'osservazione che non pochi individui operati per cancro, dopo molti anni di perfetta guarigione (anche dieci, dodici e più), presentano una ripetizione della malattia in altro organo od in altra sede, è venuto nell'idea di sottoporre gli ex-cancerosi ad una cura preventiva per evitare la recidiva o la ripetizione del tumore.

In una Comunicazione tenuta il 30 novembre 1930 in seno al II Convegno scientifico-pratico, organizzato dalla Sezione Milanese della Lega Italiana per la lotta contro il cancro, dal titolo: « Prevenzione del cancro negli ex-cancerosi », egli svolgeva questo suo proponimento ben motivato che si fonderebbe sopra rilievi d'indole pratica, suffragati dall'esperienza, sopra statistiche ben fatte ed universalmente accettate e sopra ricerche di Laboratorio. Per ora lo specifico per la guarigione del cancro non esiste. Ma, bene augurando per il giorno dell'attesa scoperta, noi possiamo intanto cercare di giovare con tutti i mezzi agli ammalati di cancro e trattare anche questa malattia come altre, ad esempio la tubercolosi, per le quali lo specifico non esiste, ma che si combattono strenuamente e con buoni risultati. Se è chiarita l'indole della tubercolosi che vuolsi infettiva, non conosciamo invece ancora nulla per quella del cancro; la natura infettiva o parassitaria, ad esempio, se è da molti esclusa, da altri è ammessa, sebbene non dimostrata. Il prof. Tansini, nelle sopracitate comunicazioni, allo scopo di prevenzione negli ex-cancerosi, propone una cura inte-

sa a modificare la costituzione in chi, colpito dal cancro, venne curato opportunamente con tutti quei mezzi che sono a nostra disposizione e guarito colla distruzione del tumore. Questi individui infatti, anche dopo tale guarigione, restano sempre dei predisposti, perchè in essi persistono quelle condizioni che hanno permessa o favorita l'insorgenza della malattia e che permettono o possono favorire ancora le recidive o le ripetizioni.

ALIMENTAZIONE ED IGIENE INTESTINALE. — Per ottenere questo scopo, devesi in primo luogo prendere in considerazione l'importanza della alimentazione; le cure dietetiche, come anche per altre malattie e sopratutto per la tubercolosi contro la quale si cerca di rinforzare e sostenere l'organismo mediante diete assai nutrienti in genere o con diete speciali (vedi le diete Gerson), dovrà costituire uno dei capisaldi della terapia; esse saranno accuratamente studiate fin nei più minuti particolari per ogni individuo che fu affetto da cancro e che ne fu liberato, affinchè l'alimentazione sia la più appropriata. L'osservazione incontestabile che il cancro predilige gli individui robusti e di tipo sanguigno, dovrebbe indicare, non già l'uso di diete corroboranti per rinforzare l'organismo, sibbene cure dirette a moderare in senso opposto la costituzione dell'individuo. Così per gli ex-cancerosi sarà bene consigliare un'alimentazione non troppo ricca per valori nutritivi, e, per quanto sarà possibile, prevalentemente vegetariana, ma non in modo esclusivo. Sarà inoltre da evitare l'uso di ricostituenti generali, i quali sono abitualmente somministrati allo scopo di migliorare la crasi sanguigna: si avrà cura di tenere libero l'intestino usando di tanto in tanto purganti salini od acque purgative che tendano ad anemizzare. Alla stipsi poi si avrà uno speciale riguardo, dato che è dal Tansini affermato, essere assai frequente, ad esempio, nelle donne affette da cancro della mammella e che essa, come può essere ritenuta non indifferente per provocare altre infermità, così, favorendo il precoce invecchiamento, può predisporre al cancro.

SALASSO. — A complemento di questa cura il prof. Tansini asserisce che in certi casi di individui pletorici può talvolta essere indicato anche il salasso periodico. Invero esperienze condotte sugli animali dai dottori Midana e Guastalla, del Laboratorio di Patologia Generale di Torino, diretto da Morpurgo, hanno finora escluso che colla anemizzazione di animali portatori di tumori, mediante ripetuti salassi, si possa agire sull'accrescimento dei tumori nel senso di ritardarlo. Il Tansini aggiunge che anche colle osservazioni cliniche, si nota la nessuna influenza di stati anemici anche assai notevoli e prolungati conseguenti a frequenti e ripetute emorragie in individui affetti da cancro del retto e dell'utero, sullo sviluppo di tumori maligni, i quali proseguono ugualmente nella loro terribile evoluzione; bisogna però, a questo proposito, considerare che nei casi, nei quali esiste un cancro già sviluppato e riconosciuto come tale, il che avviene nell'uomo quasi sempre in uno stadio troppo avanzato, esistono nell'organismo condizioni ben diverse da quando non vi è il cancro o da quando questo fu già estirpato e guarito. Ma se lo stato iperemico ed il tipo sanguigno del soggetto favoriscono l'attecchimento del cancro, lo stato relativamente anemico provocato nei soggetti di questo tipo, potrebbe essere efficace per prevenirne l'insorgenza.

CLIMA. — Anche a riguardo del clima sono da prendere in considerazione alcuni fatti. Tansini, per sue personali osservazioni durate dieci anni in Sicilia, ed in base a ben note statistiche, afferma che il cancro è assai più raro nei climi caldi. In quanto all'influenza del freddo sullo sviluppo del cancro, secondo esperienze di Polacco, dell'Istituto del Morpurgo a Torino, il freddo nei ratti favorirebbe l'incremento del tumore, e ciò si interpreterebbe da questo Autore, con l'aumento dell'appetito dei ratti che porta ad una più forte alimentazione. Ora, nei climi caldi l'alimentazione per quantità e qualità è meno corroborante, più vegetariana che carnea; nei climi freddi i popoli sono strenui mangiatori e bevitori, e colà il cancro è assai più frequente.

Pare logico, pertanto, consigliare agli excancerosi di portarsi in tali climi per una parte dell'anno, se abitanti in clima variabile, od anche, se la loro posizione sociale lo permette, di cambiare permanentemente clima.

CURE FARMACEUTICHE E BIOLOGICHE. — Tutte queste cure climatiche e dietetiche dovranno inoltre essere integrate caso per caso da rimedi farmaceutici o biologici e, tanto per quelle come per questi, il Tansini si riserva di tracciare, secondo le sue vedute, le più opportune norme; e quei rimedi stessi che a cancro inoltrato sono poco o punto efficaci, potranno, nel periodo di latenza, avere un'azione più sicura.

Egli viene a preconizzare l'applicazione di queste sue norme generiche come quelle che potranno portare un contributo importante alla lotta defensionale contro il cancro.

RIASSUNTO.

L'A. vuole ricordare brevemente agli studiosi alcune vedute del prof. Tansini in tema di cancro e ciò sopratutto a proposito della costituzione dei cancerosi; passa quindi ad esporre quelle norme che Tansini crede possano avere grande importanza nella prevenzione del cancro e che comprendono: alimentazione, igiene intestinale, salasso, clima, temperamenti farmaceutici e biologici.

SUNTI E RASSEGNE.

SIFILOGRAFIA.

Le difese naturali nella lotta antisifilitica.

(Sistema reticolo-endotelio e terapia della sifilide).

(M. Massa. *Rev. Latino-Americana*, febbr. 1931).

È argomento questo di grande importanza, e che reca nuova luce nel meccanismo di azione dei vari mezzi antisifilitici.

L'A. sulla scorta di numerosi casi dimostrativi, porta un interessante contributo alla chiarificazione di esso.

Come ha luogo la lotta contro il treponema nell'organismo?

Si ha la formazione di anticorpi e questi distruggono una gran quantità di parassiti. La sensibilità organica verso il virus sifilitico è regolata dalle difese naturali dei tessuti. Ed infatti, nella sifilide, l'efficacia dei mezzi terapeutici specifici è proporzionale alla capacità dell'organismo di utilizzarli nella loro lotta contro l'infezione.

Così, il salvarsan non uccide il parassita *in vitro*, ma *in vivo*, ed inoltre le proprietà germicide di esso vengono diminuite negli animali splenectomizzati ed annullate durante un intenso blocco del sistema reticolo endotelio. Sembra dunque che gli insuccessi della terapia specifica siano dovuti ad uno stato d'inerzia funzionale del sistema reticolo endotelio: è questo tono funzionale del Sistema R. E. che bisogna artificialmente elevare (proteinoterapia) se si vuole che la medicazione antisifilitica abbia efficacia nei casi in cui essa non dà risultati.

Con ciò si spiegano gli accidenti post-salvarsanici: infatti è dimostrato che il neosalvarsan si fissa nelle cellule del s. r. e. e agisce solo in quanto avviene questa fissazione: ora se il r. e. è bloccato, è logico che il medicamento facilmente trasformabile nel sangue, specialmente se questo è in stato di acidosi, possa esercitare una azione tossica generale. Così anche si può spiegare la malarioterapia della paralisi progressiva, come cura tendente a stimolare energicamente le difese organiche.

Non quindi più spirochete dermotrope o neurotrope bensì costituzioni dermatosensibili o neurosensibili; non più spirochete mercuro o salvarsano resistenti, bensì costituzioni mercuro o salvarsano resistenti.

Nessun trattamento chimico antisifilitico agisce senza le difese organiche: la lotta contro la sifilide non è lotta chimica ma biologica.

Questi concetti chiariscono la possibilità di una cura abortiva della lues nel periodo presierologico di essa: se il sistema r. e. si trova in ottime condizioni funzionali, basterà la semplice cura specifica: se no bisognerà ottenere un'elevazione del tono funzionale di esso mediante la proteinoterapia (iniez. di latte).

[È interessante notare a questo proposito come il nostro Mingazzini avesse già da tempo osservato dei fatti che coincidono con le vedute dell'A. Egli infatti insegnava nelle sue lezioni e confermava anche nei suoi scritti (G. Mingazzini, « Incertezze e dubbi sulla cura della lues e metalues nervose », *Umbria Medica*, n. 5, 1929), come delle forme di paralisi progressiva, resistenti ai comuni antiluetici, si avvantaggiavano moltissimo con la stessa cura antiluetica quando fossero già stati trattati con la malarioterapia.

Ciò coincide perfettamente con quanto sostengono il Massa ed altri AA., secondo cui la malaria agirebbe stimolando il tono funzionale del R. E. — (*Nota del R.*)]

G. La Cava.

Sifilide peritoneale.

(A. Velicogna. *Minerva Medica*, 14 novembre 1930).

Le sierose che ricoprono le grandi cavità del corpo clinicamente non si palesano colpite di frequente dalla infezione sifilitica e, quando son colpite, in genere questo avviene secondariamente per propagazione da organi o tessuti che sono con esse in rapporti di contiguità o di continuità. Talvolta però avviene anche che la sierosa venga colpita da lesioni sifilitiche terziarie, non per diffusione da organi o tessuti vicini, ma o primitivamente o anche secondariamente a lesioni dello stesso tipo di organi più o meno lontani e più o meno in rapporto di circolazione sanguigna e linfatica con la sierosa stessa.

L'A. riporta un caso di sifilide terziaria con localizzazione, clinicamente rilevabile, aortica e addominale. Si trattava di una donna di 48 anni, con anamnesi familiare e remota completamente negativa. Nove mesi prima di entrare all'ospedale cominciò ad avvertire dolori intermittenti gravativi in corrispondenza

dell'ipocondrio destro. I dolori andarono sempre più aumentando e quasi contemporaneamente insorsero disturbi cardiaci consistenti in dispnea da sforzo e in edema dei piedi e delle gambe, che si accentuava verso sera. Lo stato generale andò sempre più peggiorando finchè l'addome cominciò a gonfiarsi. In tali condizioni entrò all'ospedale. Obiettivamente presentava pallore intensamente terreo, stato cachettico generale, insufficienza aortica, presenza di liquido emorragico nel cavo peritoneale, presenza di nodi voluminosi in corrispondenza dei quadranti superiori dell'addome e lieve ingrandimento del fegato. Una diagnosi che relativamente bene si poteva inquadrare in questo complesso sintomatologico in donna di età avanzata, era quella di carcinosi peritoneale con versamento addominale e metastasi epatiche in donna affetta da insufficienza aortica.

Alcuni dati però non convalidavano questa diagnosi, e precisamente l'esame del sangue che dimostrava accentuata leucopenia con linfocitosi, e le caratteristiche citologiche del liquido addominale, per l'abbondanza dei linfociti e la completa assenza di cellule endoteliali e neoplastiche.

L'intensa positività della reazione di Wassermann e più tardi la scomparsa, con la terapia antiluetica, delle nodosità e del versamento addominale e la notevole diminuzione dell'anemia, dimostrarono in modo evidente che il complesso sintomatologico osservato doveva essere riferito unicamente alla infezione luetica. Si addivenne così alla diagnosi di aortite, epatite e peritonite luetica.

I nodi che si palpavano in corrispondenza dei quadranti addominali superiori potevano essere interpretati o come piastroni di peritonite iperplastica circoscritta o come gomme vere e proprie. Poichè avevano limiti netti e poichè essi scomparvero completamente con la cura antiluetica, cosa che è difficile pensare che possa avvenire di piastroni di peritonite iperplastica, bisogna pensare che si trattasse di vere gomme. Circa il loro punto di partenza, per la loro localizzazione, per la loro indipendenza dal fegato e dalla milza, per la loro indipendenza dai movimenti respiratori, per il quasi completo sottrarsi alla palpazione durante la contrazione volontaria dei muscoli addominali, per la fissità e per l'assenza di ogni disturbo a carico dell'intestino, sembra che si possa riferirne l'origine alla sierosa peritoneale, localizzazione certamente rarissima.

C. TOSCANO.

Sulla mastite gommosa.

(AKAIWA. *Bruns Beit. z. Klin. Chir.*, 150-1, 1930).

Si possono avere localizzazioni mammarie in tutti gli stadi della sifilide. Per lo più l'affezione è iniziale, meno frequente è quella del III stadio gommoso, più rara è nel II stadio.

In una statistica di Krefting sulle localizzazioni estragenitali della lues risulta al primo posto, come affezione primitiva il labbro, poi viene la mammella e dopo il faringe avendo riscontrato su 280 casi 58 della mammella maschile e femminile. Nella statistica di Münchheimer su 10265 casi di sifilide estragenitale ne appartengono 1283, cioè il 12,49 per cento, alla mammella.

Percentuali simili riportano Jullien Sigmund ed altri. Diney ha rilevata una maggiore frequenza della mammella femminile che si spiega con la possibilità di infezione con l'allattamento.

Nel II stadio l'affezione sifilitica della mammella è molto rara tanto che Matzenauer ne ha raccolto dalla letteratura solo 12 casi. In questo stadio l'affezione può essere bilaterale. Nel terzo stadio è un po' più frequente avendosene nella letteratura circa 45 casi.

L'A. ne riporta un caso occorso nella prima clinica chirurgica della Università di Fukuoka (Giappone) di cui è direttore, in una contadina di 31 anni la quale presentava un tumore indolente nella mammella sinistra senza nulla d'importante nell'anamnesi familiare, mentre in quella personale aveva una serie di aborti. Il tumore datava da un mese e mezzo, aveva la grandezza di una noce, duro, non presentava aderenze con la pelle che invece era alquanto arrossata.

Da un medico era stata fatta una piccola incisione dalla quale fuoriuscì del liquido giallo e la ferita non si chiuse.

La Wassermann era nettamente positiva. Con anestesia locale venne asportata la tumefazione e la malata sottoposta ad una intensa cura di salvarsan e mercurio guarì rapidamente.

All'esame istologico il tumore presentava una gran parte di necrosi, dei focolai d'infiltrazione con una cellula gigante centrale e con gruppi di cellule epitelioidi, ispessimento dei vasi sanguigni a volte trombosali e anche organizzati. Il parenchima mammario era in alcuni punti normale, in altri presentava delle infiltrazioni parvicellulari.

Secondo l'A. si tratterebbe di un tipico stadio iniziale di un sifiloma.

La sifilide terziaria nella mammella è descritta fin dal 18° secolo.

Essa si presenta nella forma circoscritta e in quella diffusa. Nella prima si ha un piccolo tumore rotondo indolente o solo dolente alla pressione, duro tanto da mentire un tumore scirroso. Alcune volte si può avere un tumore grosso che può raggiungere l'ascella. Ordinariamente si sviluppa dentro la ghiandola mammaria e poi prende rapporti coi tessuti circonvicini per cui anche col pettorale.

Nell'interno si può rinvenire un liquido con sospensione di masse fiocconose; qualche volta si hanno dei noduli periferici.

Molto rara è la forma di mastite diffusa nella quale tutta la mammella è infiltrata di piccole cellule rotonde che ingrandiscono in toto l'organo. In tal caso si possono sentire gli acini ghiandolari come tralci duri ricoperti da pelle arrossata. Questa forma colpisce per lo più l'uomo.

Ordinariamente si ha un ingrossamento delle ghiandole ascellari che può arrivare a grandezze di un uovo (Bier). Riguardo al sesso è per lo più affetto quello femminile (7:100); l'età più colpita è quella fra i 27 e 47 anni.

La mastite può iniziarsi dopo un tempo vario della infezione luetica primitiva da qualche mese fino a 15 anni. La diagnosi differenziale quando si trova un'anamnesi di sifilide ed una Wassermann positiva è facile. Ma quando la tumefazione si ingrossa e si trasforma in un ascesso o presenta dei tralci fibrosi, la differenziazione da una mastite cronica, da una cisti, da una mastite tubercolare da un cancro o sarcoma della mammella non è facile.

Dalla mastite cronica si differenzia perchè in questa precede uno stato acuto, la pelle è arrossata fin dall'inizio; dalla cisti mammaria perchè vi è una stasi del latte con tumefazione fluttuante senza segni d'infiammazione, perchè fuoriesce latte colla pressione sulla mammella. Dalla tubercolosi la diagnosi differenziale può essere molto difficile: essa può presentarsi o nella forma disseminata o in quella di ascesso freddo e quindi si noteranno vari noduli che poi si fondono ed ulcerano con formazione di fistole dalle quali fuoriesce sostanza caseosa. Può giovare nel caso una cura antiluetica per la differenziazione.

Un esame istologico nello stadio iniziale è facile mentre è difficile in quello tardivo.

Nella mastite sifilitica nello stadio avanzato le differenziazioni con la tubercolosi sono scarse trovandosi neoformazioni vasali con infiltrazioni intorno, cellule giganti, ma è un quadro caratteristico vedere alternati punti di distruzione e di guarigione con conservazione delle fibre elastiche, mentre nella tubercolosi si hanno punti di sola distruzione, con grande quantità di cellule giganti e poche fibre elastiche.

La differenziazione da un cancro è la più difficile avendosi la stessa età di frequenza, un risentimento ascellare, una durezza lignea del tumore. In tali casi una biopsia o una cura specifica possono giovare ma ordinariamente si hanno dei dati: il carcinoma è raramente bilaterale, si accresce prendendo aderenze con la pelle, dà dolori lancinanti, è un tumore circoscritto, molto duro, l'accompagna la cachessia; la mastite quando viene spesso d'ambo i lati produce una tumefazione che si accresce rapidamente senza dolori, ha consistenza minore, è diffusa nella mammellla, non vi è ordinariamente metastasi ascellare.

Dagli adenomi e fibromi è più facilmente distinguibile per la durezza, il decorso ecc.

Nella mastite gommosa è possibile una guarigione spontanea, qualche volta si ha una fistolizzazione.

Quando si ha una formazione ascessuale si può fare l'incisione; nei piccoli tumori circoscritti è consigliabile l'asportazione in toto: ma il miglior mezzo è rappresentato dalla cura antiluetica con la quale può scomparire il tumore senza trattamento chirurgico.

R. BRANCATI.

CUORE E VASI SANGUIGNI.

Il cuore senile ed il suo trattamento.

(R. CASTERAN. *Journal des praticiens*, 14 aprile 1931).

L'A. fa rilevare che il cuore senile costituisce una vera entità morbosa che merita una descrizione speciale nell'insieme delle cardiopatie. Caratterizzato anatomicamente da lesioni di sclerosi, si manifesta clinicamente con sintomi molto varii che possono simulare tutte le affezioni cardiache, ma che hanno la caratteristica di manifestarsi con una sintomatologia fisica piuttosto che funzionale.

Si hanno generalmente forme valvolari ed aritmiche, specialmente l'aritmia completa, più raramente delle forme dolorose (a tipo di angina pectoris) o polmonari (bronchite, edema acuto, infarto); l'esistenza, nel vecchio, di fenomeni polmonari deve richiamare l'attenzione sul cuore.

La tensione arteriosa riveste generalmente il tipo di ipertensione squilibrata con predominanza della massima; nessun trattamento dovrà essere istituito contro di essa, nè salassi, nè ipotensivi.

L'evoluzione delle cardiopatie senili comprende spesso moltissimi anni durante i quali la lesione fisica rilevata non si manifesta con nessun disturbo funzionale. La prognosi è assai difficile.

La terapia dovrà badare anzitutto a non portare nessun turbamento brusco nella vita del vecchio e sarà dominata dalla prudenza e dalla riserva.

1) *Se non vi è insufficienza valvolare sinistra.* Si consiglierà anzitutto la moderazione dell'attività, se questa è eccessiva, consigliando il vecchio a vivere una vita tranquilla, a cui si ricondurrà con la persuasione e progressivamente. Per quanto riguarda le cure fisioterapiche e climatiche, si proibiranno i climi estremi e si sconsiglieranno formalmente i trattamenti idrominerali (bagni, docce, cure di diuresi).

Per quanto riguarda il regime dietetico, guardarsi da modificazioni troppo esagerate o subitanee, a meno che non si tratti di veri eccessi; i regimi lattei, declorurati, ipoazotati vanno considerati come regimi di eccezione e non si devono mantenere a lungo; ad ogni modo vanno consigliati soltanto se l'esame delle orine, del sangue, ecc. li rendono necessarii.

Per quanto riguarda il trattamento medicamentoso, quello di base sarà lo jodio, sia sotto forma di joduri (fra cui l'A. preferisce quello di potassio), sia di tintura di jodio (XX-L gocce al giorno, nel latte, per 10 giorni ogni quindicina), sia di preparati iniettabili di jodio organico.

Se vi è sifilide, tener presente che, nei vecchi essa è generalmente torpida e non esige il trattamento di attacco; si eviteranno sistematicamente gli arsenobenzoli, il bismuto od il mercurio per iniezioni, accontentandosi di aggiungere allo joduro di potassio a dosi forti, un trattamento mercuriale sotto forma di suppositori.

Anche quando vi è *insufficienza ventricolare sinistra,* si useranno le stesse regole di prudenza. S'impone un riposo più completo, ma si eviterà quello assoluto in letto, alternando questo con la poltrona. Eventualmente, cure *temporanee* lattea, idrica, declorurata.

Nel trattamento medicamentoso, si daranno piccole dosi, p. es., V gocce di digitalina al 1 ‰ per 4-5 giorni la settimana. Se la digitale è mal tollerata, si darà lo strofanto (2-4 mg. al giorno per lo stesso periodo) e si prolungherà, negli altri giorni l'azione mediante la teobromina. Il vecchio tollera questa cura di *mantenimento* per mesi ed anni. Soltanto in casi eccezionali si potrà ricorrere, con prudenza a dosi massive.

Nel caso di insufficienza ventricolare acuta, si farà il trattamento classico: salasso con prudenza (non oltre 200-300 grammi) seguìto da iniezione di uabaina.

Se vi è aritmia completa, guardarsi dal prescrivere la chinidina, spesso mal tollerato e causa di accidenti sincopali. Se la frequenza è normale, evitare ogni medicamento. In presenza di tachiaritmia, dare la digitale alle piccole dosi accennate. Nelle tachicardie, si potrà, senza inconvenienti somministrare la belladonna, e così pure l'atropina nelle bradicardie lente, ecc. Ma non bisogna dimenticare che questi disturbi del ritmo dipendono da una deficienza miocardica e che il trattamento deve essere anzitutto toni-cardiaco.

Nelle manifestazioni dolorose, a tipo anginoso, dispnoico, è soprattutto alla morfina che si dovrà ricorrere; essa ridona spesso quella calma che non saprebbe dare il salasso e procura talora delle sopravvivenze insperate.

fil.

Una nuova acquisizione della sfigmomanometria.

(M. VAQUEZ, P. GLEY, D. M. GOMEZ. *Presse Méd.* n. 16, febbr. 1931).

Finora per le ricerche cliniche si è sempre usato misurare la pressione massima e minima, e si è tenuto conto in certi casi della pressione differenziale, che consiste nella distanza in mm. di Hg. che esiste tra la pressione sistolica e la pressione diastolica.

Gli strumenti usati per tale scopo sono quelli sul tipo Riva-Rocci, o quelli oscillometrici; ma in entrambi il principio è il medesimo.

La pressione minima o diastolica è più difficile a stabilire esattamente col metodo ascoltatorio del Riva-Rocci, mentre è più esatta se ricercata con l'oscillometro; secondo Pachon la pressione minima con tale apparecchio dovrebbe corrispondere alla più ampia oscillazione.

Accanto a queste due pressioni è stata richiamata l'attenzione sulla pressione media.

Dapprima per pressione media s'intendeva la media fra le due pressioni estreme; ma questa media puramente aritmetica non aveva alcun significato, e più tardi, per opera sopratutto dei fisiologi, all'espressione di pressione media si assegnò un altro significato.

Con l'introduzione dell'oscillometro, Potain così si esprimeva sulla pressione media: nell'intervallo delle pressioni estreme, massima e minima, la pressione passa per una serie di oscillazioni di valore molto ineguale e variabili, che rappresentano perfettamente le oscillazioni della curva sfigmografica. Ora è la media di queste pressioni successive e variabili che interessa conoscere, per avere un'opinione del lavoro che si compie nel sistema arterioso.

La misura di questa pressione media fu ottenuta dal Pachon con un dispositivo speciale, ed egli potè vedere che l'oscillazione massima o indice oscillometrico corrisponde non alla pressione minima, ma alla pressione media.

Tale affermazione modificava un po' tutti i criteri fondamentali sulla sfigmomanometria, perchè toglieva ogni valore alla pressione minima, per dare la massima importanza a quella media, nel mentre che la pressione massima conservava tutto il suo valore.

Introdotta nella oscillometria questa nuova espressione, bisogna stabilire il metodo per misurare la pressione minima e media.

La prima non corrisponde alla massima oscillazione ma dev'essere situata più in basso dell'indice oscillometrico, all'apparizione delle oscillazioni a forte ampiezza o meglio all'inizio d'una zona terminale e distinta d'oscillazioni a inclinazione propria. La pressione media invece corrisponde all'oscillazione massima che si distingue dalle altre oscillazioni.

Le ricerche sull'uomo hanno stabilito le seguenti cifre nel normale: pressione massima

15 cm. di mercurio; pressione media 8 a 9; pressione minima 6 1/2 a 7; queste cifre sono un po' più basse nelle donne.

L'introduzione in clinica della pressione media ha fornito un mezzo per poter conoscere il valore funzionale del cuore e dei vasi.

Qualche esempio gioverà a mettere in rilievo l'importanza clinica della pressione media.

Si sa che nell'insufficienza endocardica si ha un notevole abbassamento della pressione diastolica, con aumento dell'intervallo tra le due pressioni, o della pressione differenziale.

Se realmente così fosse sarebbe logico supporre che lo sforzo imposto al cuore per riempire i vasi tanto distesi dovrebbe infine affaticarlo non poco; invece così non avviene. In tali casi Fontan ha potuto notare che la pressione media, elemento essenziale da considerare, è identica a quella dei sani, e che in realtà risulta aumentata la differenza tra la pressione media e la minima.

Più importanti criteri si ricavano nei casi d'ipertensione arteriosa. In questa è la pressione massima che fa stabilire la diagnosi, e suggerisce lo stato del paziente. Cattivo criterio, secondo Pachon, perchè la pressione massima non può caratterizzare specificamente un regime vascolare di cui rappresenta solamente un cortissimo momento, nè è da considerare la minima che regola lo sforzo iniziale del cuore al momento dell'evacuazione ventricolare, ma la media che è l'espressione del lavoro che esso deve compiere durante il tempo della sistole.

È certamente alla pressione media che va attribuita una influenza primitiva nella genesi dell'ipertrofia del cuore, della sclerosi e dell'usura dei vasi.

Alcuni esempi di ipertensione riferiti mostrano chiaramente come i dati della pressione massima non svelavano quella ipertensione stabilita dalla sintomatologia clinica e confermata dalla elevazione della pressione media. Sicchè l'aumento della pressione media coincidente con un aumento del diametro cardiaco deve far sospettare uno stadio iniziale di ipertensione.

È stato anche notato che spesso il volume del cuore non è in rapporto col grado dell'ipertensione, e che talora, malgrado l'eccessiva elevazione della pressione massima, il cuore è normale.

Questa inesplicabile risposta del volume cardiaco in rapporto alla pressione massima elevata potrebbe essere meglio interpretata considerando il comportamento della pressione media, la quale è l'espressione più fedele del lavoro a cui vien sottoposto il cuore.

Si può anche sospettare che talora quelle ipertrofie cardiache le quali non sono giustificate da una pressione Mx elevata, e che pur danno luogo a fenomeni gravi, quali la insufficienza cardiaca, le lesioni vascolari ecc., siano da mettere in rapporto con aumento solitario della pressione media, e non da considerare come così detti fenomeni essenziali.

Sicchè di fronte ad un malato con segni d'ipertensione, non bisogna escludere tale lesione se la pressione sistolica non è elevata, perchè tale aumento può essere stato transitorio, mentre la pressione media resta costante, e fornisce un criterio differenziale.

In questi ultimi tempi s'è parlato molto di ipotensione, attribuendole non pochi accidenti. Ma dopo queste considerazioni, bisogna rivolgere l'attenzione non alla pressione sistolica, ma a quella media, la quale spesso in questi casi resta normale, e quindi, malgrado le apparenze, non vi è nessuna modificazione del regime circolatorio.

Secondo tale concetto, l'ipotensione non è una entità morbosa.

Come bisogna considerare le pressioni nei casi di insufficienza acuta del cuore? In tali casi la pressione sistolica si abbassa sola, e quindi diminuisce la pressione differenziale, segno di cattivo prognostico. In questi casi è stato osservato che la pressione media può fornire utili indicazioni per la prognosi e la terapia; infatti mentre essa si presenta aumentata nel periodo di scompenso, tende ad abbassarsi sotto l'azione efficace della terapia, il che vuol dire che vi è una diminuzione delle resistenze periferiche, e per conseguenza del lavoro cardiaco, ciò che è d'accordo con i sintomi clinici.

S'intuisce subito l'importanza della misura quotidiana della pressione media, la quale fornisce il criterio di come il cuore reagisce ai medicamenti.

Potrà infine la pressione media, mercè un calcolo matematico, fornirci la misura dell'attitudine funzionale del cuore?

Le ricerche al riguardo mostrano che il problema non è ancora risoluto, e che la conoscenza della pressione media non è sufficiente a stabilire una regola sicura sull'attività funzionale cardiaca nei malati.

In un successivo articolo, nello stesso giornale, Gley e Gomez espongono i concetti teorici e il modo per la determinazione delle pressioni media e minima col metodo oscillometrico.

L. CARUSI.

Modificazioni caratteristiche e non caratteristiche dell'elettrocardiogramma nell'infarto del miocardio.

(T. PADILLA e P. COSSIO. *Revue Sud-Americaine de Méd. et de Chir.*, febbraio 1931).

L'occlusione brusca di una branca coronaria, determinando una necrosi da ischemia della zona miocardica corrispondente, provoca generalmente delle modificazioni caratteristiche dell'elettrocardiogramma. È così che, con il

solo esame dei tracciati elettrici, si può formulare nella maggior parte dei casi una diagnosi clinica di certezza di infarto del miocardio. L'esame di queste modificazioni caratteristiche dell'elettrocardiogramma permette, nell'una o nell'altra delle tre derivazioni, di fare anche la diagnosi di localizzazione della lesione ischemica. Accanto alle modificazioni caratteristiche si possono inoltre osservare delle altre modificazioni che non lo sono, per essere comuni ai più diversi processi. Esse hanno importanza per la diagnosi di localizzazione, poichè permettono di delimitare le parti affette del sistema eccito-conduttore.

Le modificazioni caratteristiche possono essere raggruppate in 3 periodi che corrispondono ai 3 momenti dell'evoluzione. Il primo periodo comincia dall'occlusione e si prolunga da 3 a 8 settimane. Si osserva una diminuzione del voltaggio nel complesso ventricolare e nel segmento RT o ST al di sopra o al di sotto della linea isoelettrica; si produce una specie di cupola a convessità superiore o inferiore secondo i casi e la derivazione che si esamina. Il secondo periodo è un po' più lungo e dura fino a 3 mesi. Il voltaggio aumenta, il segmento RT o ST prende origine sulla linea isoelettrica e forma una convessità leggera, terminando in una deviazione T pronunciata e di cui la direzione è invertita in rapporto alla cupola del periodo di inizio. Il terzo periodo si prolunga da 6 mesi a 2 anni ed anche persiste indefinitamente. L'aspetto del secondo periodo si attenua poco a poco per non conservare che una deviazione T negativa ben marcata in D I quando la cupola iniziale sarà convessa al disopra della linea; per contro essa sarà negativa in D III quando la cupola che esisteva in questa derivazione era convessa al disopra della linea.

Questi segni elettrocardiografici propri dell'infarto del miocardio presentano delle variazioni che sono in rapporto con la localizzazione della lesione di necrosi nella regione della punta del cuore o nella regione della base del ventricolo. Nel primo caso la convessità della cupola del segmento RT o ST è in alto in D I, in basso in D III; per conseguenza, negli altri periodi la deviazione T avrà un senso negativo in D I e positivo in D III. Nel secondo caso la convessità della cupola del segmento RT o ST è verso il basso in D I e verso l'alto in D III e la deviazione T sarà in senso positivo in D I e negativo in D III.

Le modificazioni non caratteristiche non sono state oggetto di studi particolari. Gli AA. hanno osservato 35 casi di infarti del miocardio ed hanno potuto registrare più spesso delle extrasistoli, talora anche dei disturbi della conducibilità. In un caso hanno osservato una fibrillazione auricolare passeggera dovuta evidentemente a cause funzionali per inibizione di vicinanza.

In conclusione, mentre le modificazioni caratteristiche hanno un grande valore diagnostico, di differenziazione e di localizzazione, le modificazioni non caratteristiche hanno un grande valore prognostico e contribuiscono alla diagnosi di localizzazione.

C. TOSCANO.

L'influenza della sezione del midollo spinale sulla pressione arteriosa.

(LERICHE e FONTAINE. *Presse Méd.*, n. 74, 1930).

I trattati di fisiologia insegnano che la sezione del midollo spinale al di sopra di D^7 provoca una vasodilatazione nel territorio paralizzato con forte caduta della pressione arteriosa, per separazione dal centro vasomotorio bulbare. Ma è sorprendente il contrasto tra la predominanza che a questo centro assegnano i vari Autori e la rapidità con la quale gli effetti vascolari della sezione sottobulbare sono compensati per l'azione di altri centri vasomotori spinali ed extraspinali. Infatti in 1-2 ore dopo la sezione del midollo spinale la pressione arteriosa ritorna normale.

L. e F. hanno condotto delle ricerche sperimentali su 10 cani con sezioni spinali ad altezza varia da D^2-D^3 a D^9-D^{10}. In 8 casi non hanno notato alcuna variazione della pressione arteriosa nè durante nè dopo la sezione; mentre in due casi notarono un abbassamento. In questi due casi, e solamente in essi, durante l'operazione erano state lese delle vene spinali con forte perdita di sangue e di cui l'emostasi era stata difficile. Concludono perciò che la sezione alta del midollo spinale non determina una. paralisi vasomotoria e che quando si ha un abbassamento di pressione, questo deve essere attribuito allo choc operatorio emorragico. La perdita di sangue disturba rapidamente la regolazione vasomotoria e determina una caduta di pressione più forte di quella che potrebbe essere in rapporto con l'anemia in se stessa.

Lo choc operatorio può dunque evitarsi curando l'emostasi rigorosamente e mentre nelle operazioni comuni questo fattore può essere, fino a un certo punto, trascurabile, diventa invece di primaria importanza nelle operazioni delicate e difficili come quelle di neurochirurgia.

G. PACETTO.

Stato attuale del trattamento chirurgico dell'angina pectoris.

(D. DANIELOPOLU. *Presse Méd.*, n. 104, 1930).

Dalla critica dei risultati clinici e sulla base di dati sperimentali, l'A. è contrario all'operazione di Jonnesco (estirpazione del ganglio stellato) nella cura chirurgica dell'angina pectoris. I primi casi operati da Jonnesco morirono per edema polmonare acuto o per asistolia acuta. L'asitolia fu anche la causa mortis in diversi altri casi operati da Kapis, Hof-

fer, Diaz, Leriche. Nel morbo di Basedow l'estirpazione del ganglio stellato ha dato il 20 % di mortalità mentre la tiroidectomia non ne dà che il 4 %.

Nell'epilessia la simpatectomia totale (compreso il ganglio stellato) praticata da Jonnesco in 32 casi ha dato 6 morti, mentre la simpatectomia parziale (senza ganglio stellato) praticata da Alexander in 23 casi ha dato un sol morto per broncopolmonite.

Le ricerche sperimentali hanno dimostrato che l'estirpazione del ganglio stellato apporta delle profonde modificazioni nelle proprietà fondamentali del miocardio, rilevabili allo elettrocardiogramma, e per cui il cuore non è più capace di conformarsi alle condizioni anormali creategli da alcuni processi patologici o da un eccesso di lavoro. Perciò tale operazione è da sconsigliare nell'angina pectoris.

L'operazione proposta da Danielopolu consiste in una *simpatectomia cervicale (senza ganglio inferiore), con sezione di tutte le branche del vago che scendono verticalmente verso il torace (depressore compreso), con sezione dei rami comunicanti che uniscono il ganglio cervicale inferiore e il primo toracico alle tre ultime paia cervicali e al primo dorsale, e del nervo vertebrale.* L'operazione deve esser fatta in una sola seduta prima a sinistra. Se il risultato è insufficiente bisogna farla anche a destra.

Tale operazione è stata applicata in diversi Paesi in un totale di 28 casi senza alcun accidente mortale, con scomparsa completa o quasi degli accessi che in qualche caso persiste dopo 5 anni.

G. PACETTO.

NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE.

Prof. B. DI TULLIO. *Manuale di Antropologia e Psicologia criminale.* Prefazione di S. OTTOLENGHI. Roma, 1931, prezzo L. 35.

Il lavoro del Di Tullio, ampliamento di altro « La Costituzione delinquenziale », che pure in modeste proporzioni fu favorevolmente accolto da criminalisti, giuristi e biologi di ogni paese, è il prodotto dell'osservazione di più che quindici mila delinquenti. In esso l'autore dopo un riassunto dell'evoluzione storica dell'argomento, partendo dalla valorizzazione e specificazione del fondamento biologico della criminalità vera, vale a dire costituzionale, illustra i fattori etiogenetici del delitto, delinea i caratteri psico-fisici, le forme nosografiche del delinquente, dell'anormale antisociale, ossia la patologia della delinquenza, e infine tratta della profilassi della criminalità.

Prospetto grandioso di vasta opera, che, con la completezza sintetica di un vero Trattato, seppe l'A. condensare in forma facile, scorrevole, efficacissima in sole trecentocinquanta pagine.

L'opera del Di Tullio si propone come finalità precipua di individualizzare la personalità del delinquente, dando ad essa quei caratteri bio-morfologici e differenziali, che, attraverso ben definiti quadri nosografici, tendono a istituire con l'antropologia criminale una nuova e ben definita branca di patologia, che le forme cliniche deve trarre dalla psico-patologia, le sue basi fondamentali dal costituzionalismo, le sue remote origini dalla biologia.

Tra i vari capitoli, notevole per chiarezza, ricchezza di dottrina e razionalità di induzioni critiche è quello della « Etiologia del delitto », in cui rispecchiando saggiamente l'eclettismo, che caratterizza la scuola criminologica italiana del periodo che fu detto *post-lombrosiano*, che noi volentieri chiameremmo *ferriano*, pone a base della delinquenza il fattore costituzionale eredo-degenerativo, fattore essenziale specifico della vera criminalità.

È su tale base che la particolare azione di elementi endogeni ed esogeni, fisici, psichici e sociali agiranno come provocatori o stimolanti della estrinsecazione della personalità delinquenziale, determinando il delitto e i diversi atteggiamenti del delitto.

La metodologia della scuola lombrosiana domina l'esame morfologico e clinico del soggetto patologico nel concetto unitario dei tre elementi, morfologico, dinamico-umorale e neuro-psichico, e quindi ricorrono frequenti nel libro i sistemi e la dottrina del De Giovanni, del Viola, del Pende, del Kretschmer, dell'Ottolenghi ecc., di quella Scuola costitu-

zionalista e endocrino-neuro-vegetativa, che è specialmente e essenzialmente gloria italiana.

La brevità che ci è imposta non ci permette di estenderci in un esame metodico e finemente analitico dei varii capitoli del libro, come vorremmo e come l'importanza dell'opera meriterebbe.

In essa nessuno dei varii problemi relativi alla etiogenesi, alla diagnostica, alla profilassi e alla terapia del delitto fu trascurato, ma ciascuno trattato in modo esauriente e convincente.

A proposito del capitolo sui « Criminali pazzi e pazzi criminali » notammo con particolare compiacenza la concordanza di idee dell'A. su quanto fu da noi espresso, come un profondo e alquanto personale convincimento, sulla patogenesi della schizofrenia e della demenza precoce, quando scrivevamo che dallo stato chizoide o schizotimico costituzionale si passa per l'esaltazione dei suoi elementi formativi e caratteristici alla sindrome schizofrenica, e dalla schizofrenia, per il contributo di fattori molteplici e ancora non ben definiti, si genera la demenza precoce, ma non sempre poichè può esistere schizofrenia senza esito in demenza.

Il libro presentato dall'Illustre Maestro Prof. Ottolenghi è da augurarsi che si diffonda, come questi giustamente raccomanda in generale per la coltura antropologica e psicologica criminale, non solo tra i medici e gli specialisti, ma tra i magistrati, gli avvocati, e tutti coloro che dovranno direttamente o indirettamente mettere in valore e applicare le disposizioni del nuovo codice penale, che sono orientate verso l'esaltazione di quella personalità morfologica e psico-patologica del delinquente, che il Di Tullio ha così brillantemente illustrata.

G. MÒGLIE.

CENNI BIBLIOGRAFICI[1]

F. HOFF. *Unspezifische Therapie und natürliche Abwehrvorgänge.* Un vol. in-8° di 123 pag. con 15 fig. J. Springer ed. Berlin. Prezzo RM. 7,80.

I metodi della terapia aspecifica hanno preso in questi ultimi tempi un grande slancio ed i risultati ottenuti recentemente con la piretoterapia della demenza paralitica e con la terapia della dietetica delle ferite e della tubercolosi hanno suscitato dovunque il più grande interessamento.

Questo libro indica ai medici le basi su cui si fonda tale terapia: basi fisiologiche, consistenti in processi di difesa, che vengono messi in funzione dalla terapia aspecifica, nelle sue diverse forme di proteino-terapia, terapia batterica, dieto-terapia, ecc.

Le diverse modificazioni delle reazioni dipendenti dalla specie e dalla quantità del mezzo usato, il grande significato che assume l'intervallo sono trattati a parte. Importanti sono pure i metodi di trattamento aspecifico che esercitano la loro piena azione sulla cute (bagni, raggi, ecc.). A parte sono considerati i rapporti fra terapia aspecifica ed immunità e con la regolarizzazione vegetativa.

Sono poi enunciate le indicazioni nelle diverse malattie ed il posto che la terapia aspecifica occupa nella terapia generale.

Nonostante la molteplicità e la complessità dei fatti, si intravedono già alcuni principî che regolano tale terapia la quale induce modificazioni nelle reazioni dell'organismo secondo leggi fisiologiche.

Segue una ricca bibliografia. *fil.*

O. PORGES e F. ADLERSBERG. *Die praktische Durchführung der Ernährung des Zuckerkranken mit fettarmen Kostformen nebst Anweisungen für die Diätkuche.* In-8° di 24 pag. Urban e Schwarzenberg, ed. Berlin e Wien. Prezzo RM. 1.

Brevi schemi dietetici per l'alimentazione scarsa in grassi dei diabetici, sia per i casi leggeri che per quelli di media gravità o gravi, da trattarsi anche con l'insulina. Gli AA. forniscono inoltre la composizione dei diversi alimenti e parecchie ricette culinarie. *fil.*

E. JOLTRAIN. *Les urticaires.* Un vol. in-16° di 417 pag. con 8 tav. G. Doin, ed. Paris. Prezzo frs. 40.

Argomento difficile e complesso questo delle orticarie, specialmente per la patogenesi non ancora del tutto chiarita, sebbene le ricerche di questi ultimi tempi ne abbiano tracciate le linee principali. In questo libro, l'A. ci dà uno studio d'insieme della questione, basandosi essenzialmente sulla teoria del suo maestro, F. Widal, della colloidoclasia.

Dopo un breve cenno storico sull'emoclasia, l'A. studia la sindrome « orticaria » dal punto di vista clinico, con la fisonomia varia che viene assegnando ad essa la varia eziologia: alimentare, medicamentosa, tossica, microbica. Sono qui da segnalarsi due capitoli che portano dei fatti nuovi ed aprono nuove vie agli studiosi, cioè quelli dell'orticaria da fatica e da *ictus* emotivo; nel primo, si mostra l'importanza delle albumosi che si formano nell'organismo umano in seguito allo sforzo; nel secondo sono esposte molte osservazioni personali con applicazioni nuove alla psichiatria ed alla psicologia sperimentale.

Un'altra parte interessante è data dalle associazioni, dalle equivalenze ed alternanze (asma, malattia da siero, coriza spasmodica, eczema, ecc.), nonchè dal tentativo di sintesi patogenetica, in cui sono trattate le questioni dell'anafilassi, dell'antianafilassi in clinica, dell'ictus emoclasico, delle modificazioni del sangue nell'*ictus* stesso, delle cutireazioni.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

La diagnosi dell'orticaria è trattata clinicamente, dando la giusta importanza alla diagnosi del terreno e dello squilibrio endocrino-simpatico che è alla base di essa.

Da ultimo, in un capitolo esauriente la terapia, e l'esposizione di una ricca bibliografia.

fil.

P. A. CARRIE. *Le diabète sucré. Son traitement.* Vol. in-8° di pagg. 96. G. Doin et C.ie, Paris, 1930. Fr. 20.

In quest'opera l'A. analizza le direttive che permettono di stabilire in modo preciso il trattamento di un diabete.

Le modalità variano infatti secondo la forma e la gravità della malattia: la prescrizione del regime deve essere esatta e l'insulina non deve essere prescritta che in funzione dei risultati ottenuti con una dietetica appropriata.

Questa monografia pertanto che non solo contiene le nozioni teoriche indispensabili ad essere conosciute, ma anche e sopratutto nozioni pratiche, costituisce una guida preziosa per tutti coloro, specialisti o no, che s'interessano della cura del diabete. A. POZZI.

G. POGGIO. *Le adiposità patologiche.* Vol. in-8° di pagg. 315. L. Cappelli, Bologna, 1930. L. 40.

In tutte le precedenti monografie riguardanti le adiposità patologiche, queste venivano distinte in obesità *endogene* o costituzionali e obesità *esogene*, dovute ad influenze sopratutto alimentari.

Il problema patogenetico e clinico dell'obesità meritava invece uno studio più completo che penetrasse cioè con la indagine morfologica, funzionale, dinamico-umorale e neuropsichica in tutta la personalità dell'obeso.

Per consiglio del prof. Pende, l'A. ha eseguito tale studio costituzionalistico completo ed in questo volume sono esposti i risultati delle sue importantissime indagini.

Il libro è corredato inoltre da una vasta statistica personale e da una completa bibliografia dell'argomento. A. P.

E. GRAFE. *Die Krankheiten des stoffwrchsels und ihre Behandlung.* Un vol. in-8°, rilegato di pag. 519 con 34 fig. e 56 tab. J. Springer ed., Berlin, 1931. Prezzo RM. 29,60.

L'A., che è Direttore della Clinica medica e neurologica della Università di Würzburg, dedica i primi capitoli alla esposizione dei principî generali sul ricambio, sulla nutrizione, sull'essenza e sul trattamento dei disturbi nutritivi: la fame, l'iponutrizione, il ricambio nella febbre, le avitaminosi.

Nella parte speciale, si occupa dell'obesità e della magrezza, della loro patogenesi e del trattamento. Molto ampia, oltre 200 pagine, è la parte dedicata al diabete mellito, che viene esaminato sotto tutti gli aspetti, della patologia, della clinica con largo sviluppo della terapia.

Vengono poi i disturbi qualitativi del ricambio albuminoide (gotta con le molteplici terapie, alcaptonuria, cistinuria); da ultimo, i disturbi del ricambio idrico e salino (diabete insipido) e le diatesi calcolose.

L'interesse per le malattie del ricambio, si va facendo sempre più vivo; il medico troverà in questo libro, dalla trattazione chiara e completa, una guida preziosa per lo studio scientifico, come per la diagnosi ed il trattamento di tali malattie. *fil.*

H. GUNTHER. *Die wissenschätlichen Grundlagen der Hunger- und Durstkuren.* Un vol. in-8° di 171 pag. S. Hirzel ed. Leipzig, 1930.

Le diete di fame e di sete costituiscono un prezioso ausilio terapeutico, che si deve però utilizzare a tempo opportuno e nei giusti modi se si vogliono ottenere gli effetti desiderati evitando spiacevoli conseguenze. Particolarmente cauti si deve essere con le diete prolungate di fame in cui si possono avere minacciosi fenomeni da parte del miocardio; così pure sono sconsigliabili, in alcuni casi, le diete di sete.

Della fisiologia e la patologia della fame e della sete tratta diffusamente l'A., fornendo poi le indicazioni cliniche per le diete relative (anomalie del ricambio, malattie del circolo, del respiro, gastro-intestinali, cutanee, ecc.); accenna alle cautele da seguirsi ed alle controindicazioni terminando con precise indicazioni sulla tecnica del digiuno. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Piemontese di Chirurgia.

Seduta del 21 marzo 1931.

Presidente: Prof. M. DONATI.

La trasfusione del sangue con apparecchio costruito col materiale " athrombit ".

Prof. L. DINATALE. — Lampert e Neubauer hanno trovato una sostanza sterilizzabile in acqua distillata bollente, che ritarda la coagulazione; detta sostanza, gialla, densa, cattiva conduttrice del calore, è un prodotto di condensazione del fenolo e della formaldeide e fu denominata « athrombit ».

L'apparecchio consta di due bicchieri athrombit (di circa 100 cc. di capacità) per ricevere il sangue del donatore; di una buretta athrombit con coperchio di chiusura per l'infusione del sangue al ricevente; di aghi diritti e curvi di acciaio Ainit, per il prelievo e la trasfusione del sangue; di un cono con rubinetto da applicarsi al cono della buretta; di una pompetta di gomma con filtro per l'aria da applicare al coperchio della buretta.

Tutto il materiale è sterilizzabile esclusivamente in acqua distillata già in ebollizione e per la durata di 5 minuti; al momento dell'uso l'apparecchio deve essere raffreddato. L'apparecchio in uso da più mesi nella clinica chirurgica è riuscito di completa soddisfazione.

Stenosi ileale da peritonite plastica appendicitica. Grosso calcolo intestinale prestenotico.

Dott. A. FOÀ. — In un giovanotto che aveva presentato improvvisamente 14 giorni prima una sintomatologia di addome acuto, si trovarono all'esame radiologico anse digiunali qua e là dilatate ed atoniche, che si potevano interpretare come dovute a mesenterite; si notava altresì una dilatazione ed un ritardo di svuotamento di due anse ileali, che dovevano essere l'esponente di un grave ostacolo al circolo intestinale, ostacolo che doveva probabilmente corrispondere ad un tratto ristretto al quale convergevano e le anse stesse e la breve appendice parzialmente iniettata.

All'intervento laparotomico, subito al di sopra del tratto stenotico, una delle anse, a parete edematosa, si lacera e fuoriesce un calcolo fecale, grosso come una nocciola, la cui presenza era sfuggita allo studio delle radiografie, ma che fu immediatamente individuato al riesame delle radiografie dopo l'intervento.

La disuria nei diverticoli dell'uretra posteriore.

Prof. R. RINALDI. — L'O. illustra con ricca documentazione radiografica un caso di diverticolo vero dell'uretra post. e ne discute la particolare disuria ponendola a confronto con le banali turbe di minzione che accompagnano le dilatazioni sopra stricturali di cui presenta una osservazione. Conclude consigliando di eseguire più frequentemente di quanto si faccia, l'esame radiologico delle basse vie urinarie.

L'uretrografia retrograda nelle stenosi del collo vescicale.

Prof. R. RINALDI. — Illustra tre tipi di stenosi del collo vescicale mediante la uretrografia retrograda e cerca di precisarne le caratteristiche differenziali. In particolare illustra prima la stenosi del collo vescicale che consegue talvolta alla prostatectomia e che dà un'immagine radiografica da stenosi traumatica, poi la turba vescico-uretrale che caratterizza la disuria dei tabetici ed infine presenta due uretrografie eseguite in pp. affetti da iperplasia congenita del collo vescicale.

Sulle neoformazioni ossee ed osteosimili paracondiloidee mediali del ginocchio.

Dott. BICH. — Dei cinque casi raccolti, l'O. ritiene di poterne catalogare tre nella malattia Pellegrini-Stieda, perchè in essi emerge chiaramente un pregresso trauma.

In uno di questi si osservò un aumento in estensione e in opacità dell'ombra radiografica e, in un esame eseguito un anno e mezzo dopo il trauma, si rilevò pure la comparsa di due altre ombre radio-opache di cui una lunga 4-5 cm. a livello del terzo distale del femore.

La terapia seguita nei tre casi fu del tutto conservativa.

Negli altri due non vi era stato in precedenza un trauma, ma un'artrite acuta suppurativa del ginocchio.

L'O. fa rilevare la singolare disposizione del legamento mediale del ginocchio a lasciarsi impregnare di sali di calcio e la possibilità della calcificazione del legamento stesso indipendentemente da un'unica violenta lesione traumatica del legamento stesso.

Il Segretario: VILLATA.

Società Medico-Chirurgica di Modena.

Adunanza del 10 aprile 1931.

Presiede il prof. P. SISTO.

Il PRESIDENTE comunica come attraverso il prof. Franchini, direttore dell'Istituto di Patologia coloniale di questa R. Università, la Federazione Internazionale della Società di medicina e igiene tropicale abbia invitata la Società Medico-chirurgica di Modena a voler designare due delegati, quali rappresentanti dell'Italia in seno alla detta Società. Su proposta del PRESIDENTE vengono eletti all'unanimità il prof. DIONISI, accademico d'Italia, ed il prof. BELFANTI.

Plastica muscolare coi gracili per ernia sottombelicale post-laparatomica recidiva.

Prof. COMOLLI. — Sulla scorta di un caso personale l'O. illustra e consiglia un suo nuovo metodo per operare radicalmente ernie sottombellicali post-laparotomiche recidive, nelle quali per divaricamento e atrofia dei muscoli retti, non sia possibile portare e mantenere questi a contatto. Il procedimento consiste nel fare una plastica muscolare coi due gracili, che vengono sezionati al loro estremo distale e rovesciati in alto e fissati l'uno accanto all'altro in corrispondenza della linea ombelico-pubica al davanti della porta suturata.

Un caso di sodòku.

Dott. CORFINI. — L'O. riferisce su di un caso tipico di sodòku che è forse il primo osservato nella Provincia di Reggio Emilia.

Noma da paratifo.

Dott. A. Cavazzuti. — L'O. dopo aver descritto due casi di noma di sua osservazione arriva alle seguenti conclusioni: Il noma può svilupparsi in soggetti che abbiano in atto un paratifo B.

Il noma può svilupparsi simultaneamente in ambedue le guancie. La costanza della presenza degli spirilli sulle zone di confine tra tessuto sano e tessuto necrotico, può giustificare l'ipotesi che gli spirilli non siano degli ospiti innocui del tessuto nomatoso, ma ad essi abbia ad assegnarsi una parte preponderante nella patogenesi del noma, in associazione col fusiforme.

Mucocele da cancro primitivo dell'appendice.

Dott. Fogliani. — L'O. riferisce sopra un caso di cancro primitivo dell'appendice che fu causa di mucocele per obliterazione del lume.

Gli esami istologici dimostrarono che non si trattava di un carcinoide, che mancavano cellule argentaffini, e che la raccolta di muco, a densi blocchi, era causata esclusivamente da ristagno del secreto delle ghiandole mucipare non da degenerazione mucoide propria delle cellule neoplastiche.

Sarcoma del retto.

Dott. Montanari Reggiani. — L'O. espone un caso di sarcoma primitivo del retto, in soggetto di 42 anni, diagnosticato clinicamente affetto da cancro. Già dai caratteri macroscopici e specialmente per l'assenza di infiltrazioni ghiandolari regionali, si poteva supporre trattarsi di una forma maligna connettivale. In sezioni praticate su diversi punti del tumore risultò trattarsi di un fibro-sarcoma del retto, che l'O. si sofferma a dimostrare essersi originato da un fibroma preesistente.

Il caso è interessante per i caratteri istologici e per l'estrema rarità della forma, essendo i casi descritti a tutt'oggi 34 compreso quello riferito dall'O.

Sugli infarti emorragici dell'intestino.

Dott. Barbiroli. — L'O. riferisce su tre casi di infarti emorragici dell'intestino: uno causato da trombosi della vena porta, un altro da compressione sui vasi mesenterici per carcinoma metastatico infiltrante il colon, un ultimo caso dipendeva da compressione di una placca sclerotica sopra la sierosa del corrispondente segmento intestinale.

Il Segretario: Prof. G. Margreth.

Accademia Medico-Chirurgica del Piceno.

Seduta del 22 febbraio 1931.

Presidente: Prof. Cappelli.

Vengono presentate le dimissioni del presidente on. dott. Arnaldo Fioretti, del vice-presidente prof. Armando Sala e del Consiglio direttivo decaduto.

Si nomina per acclamazione presidente onorario il dott. Arnaldo Fioretti e si esprime un voto di plauso e di commiato al prof. Sala trasferitosi in altra provincia.

Il nuovo Consiglio direttivo, risulta così composto: presidente prof. L. Cappelli, vice-presidente prof. F. Fratini, segretario dott. F. Fioretti, direttore del Bollettino prof. A. Caucci, consiglieri prof. L. Caravani e prof. A. Capogrossi, tesoriere dott. L. Selandari.

L'appendicite acuta. Diagnosi ed intervento precoce.

Prof. Caucci. — Le espressioni cliniche dell'appendicite acuta sono malfide, sì che non si può attraverso la sintomatologia leggere le alterazioni anatomiche e dedurre apprezzamenti prognostici. Solo l'intervento precoce riduce al minimo i rischi e porta la guarigione nel modo più rapido.

Esistono forme gravissime dall'inizio, caratterizzate dai segni di *discordanza*, che possono essere salvate solo dall'intervento nelle primissime ore; e forme secondariamente gravi, caratterizzate dalla calma traditrice che non rivela l'imminente diffondersi fatale della peritonite, curabile solo preventivamente. Anche il comune piastrone e lo stesso ascesso possono secondariamente diffondersi nel peritoneo.

Le appendiciti in sede anomala, specie le forme retrocecale e pelvica, sono gravi perchè il focolaio originario è nascosto, onde fanno difetto i fenomeni classici precoci. Particolarmente grave è l'appendicite nell'infanzia (caratterizzata dalla rapida evoluzione e dalla precoce caduta delle resistenze organiche) e nella donna incinta. Una causa comune di gravità nei casi suddetti è il ritardato intervento per la ritardata diagnosi.

Quando esistano segni di reazione peritoneale (contrattura parietale), anche con un insieme tranquillizzante di sintomi, anche con incertezza sulla diagnosi, si deve operare d'urgenza.

È proscritto qualunque trattamento medico: il metodo del raffreddamento deve passare alla storia.

Sull'intervento sistematico nelle prime 48 ore il consenso è unanime.

Sulla condotta dopo le 48 ore il campo è diviso tra « opportunisti » e « interventisti ». La diligente osservazione in reparto chirurgico, il pronto intervento al minimo segno di allarme, l'esclusione dal temporeggiamento dei bambini, delle gravide e di chi ebbe precedenti attacchi, sono i capisaldi degli opportunisti. Ma l'operazione imposta per aggravamento durante l'aspettazione appesantisce la cifra della mortalità, mentre l'operazione immediata sistematica presenta una mortalità inferiore.

L'O. addotta il criterio dell'*intervento a caldo in ogni caso, appena ricevuto il malato*, e presenta la propria casistica.

Il prof. Santini ricorda i dolori vivi alla fossa iliaca d. con cui può esordire il tifo, sì da mentire un'appendicite ed esporre ad intervento controindicato. Non è d'accordo d'intervenire nel dubbio tra appendicite ed annessite acuta, giacchè l'annessite blenorragica risolve bene con l'aspettazione. Nega l'opportunità d'aggredire il vero piastrone, giacchè l'intervento è laborioso, può complicarsi con rotture d'anse e la ricerca dell'appendice è difficile.

Il prof. Tonnini ricorda tra i casi più gravi quelli d'inizio repentino in pieno benessere. Invoca nuovi studi che possano determinare la capacità di resistenza del peritoneo. Ricorda d'aver riscontrato leucopenia in un caso d'ascesso contenente il Coli in cultura pura. È contrario al trattamento chiuso delle peritoniti e alla laparoclisi.

Il dott. Marchini è favorevole al trattamento chiuso dell'addome nei casi iniziali, anche con peritonite purulenta semplice, senza perforazione, cangrena, escare.

Il prof. CARAVANI ricorda un caso di cangrena totale dell'appendice, manifestatosi bruscamente in un ragazzo per istrada mentre giocava. Accetta incondizionatamente l'intervento sistematico a caldo e non condivide le riserve circa i rischi dell'intervento sul piastrone, questione di buona tecnica. È contrario alla chiusura dell'addome nelle peritoniti, sostenendo essere il drenaggio così innocuo, come meritevole dei più bei successi.

Il dott. POTENZA ricorda casi d'appendicite acuta in forma epidemica risolti rapidamente con particolare benignità, che ritiene di natura influenzale.

Il prof. SETTE dall'esame sistematico d'un centinaio d'appendici, asportate dal prof. Cappelli, trova il b. Coli costantemente, associato sovente con anaerobi, nelle appendiciti acute, assenza di germi in quelle croniche.

Il prof. CAPPELLI non è favorevole all'aggressione sistematica del piastrone appendicolare, quando sia nettamente limitato con decorso tranquillizzante. È contrario al trattamento chiuso della ferita, attribuendo grande importanza all'allontanamento dei materiali settici mediante il drenaggio; cita ad esempio l'osservazione del cedere della suppurazione con rapido volgere alla guarigione dopo l'espulsione di calcoli fecali.

Il Segretario: Dott. F. FIORETTI.

Ospedale Maggiore di Novara.

Seduta del 5 marzo 1931.

Presidenza: Prof. L. BACIALLI.

Ascesso subfrenico destro da pèrforazione duodenale.

Prof. LUDOVICO ARMANI. — L'O. espone il caso di un contadino di 60 anni con diagnosi di bronchite catarrale e cardiopatia, nel quale l'esame radiologico gli permise di dimostrare una perforazione duodenale con tragitto comunicante con la tasca interepato-diaframmatica destra. Non si erano avuti che lievissimi disturbi gastrici. L'O. richiama l'attenzione sull'utilità di un accurato esame radiologico in casi di presunta malattia del torace (specie dalla parte destra) in pazienti che abbiano sofferto disturbi gastrici, anche lievi.

Su di un caso di fibrosarcoma cutaneo.

Prof. MARIO ARTOM. — L'O. illustra il caso di una donna di 54 anni che da 28 anni presenta sulla cute dell'addome una forma tumorale, grande quanto una grossa arancia, avente tutte le caratteristiche dell'affezione da Darier denominata fibrosarcoma cutaneo.

Descrive minutamente le caratteristiche cliniche ed istologiche di questa particolare neoplasia e riconferma anzitutto l'individualità assoluta che essa ha tra i tumori cutanei di origine mesenchimale.

Sulla base dei reperti istologici tratta poi del valore e del significato degli accumuli cellulari aventi carattere di sarcoma fascicolato che si distinguono tra la sostanza fondamentale fibrosa discutendo le eventuali relazioni esistenti tra i caratteri ed il numero di tali ammassi cellulari e la scarsa malignità del tumore. Tratta ancora del significato che possono avere le numerose lacune e le lesioni vascolari messe in evidenza dagli esami istologici.

Il prof. P. PIETRA fa alcune *considerazioni sulla patogenesi e sulla cura dell'ulcera gastrica.*

Sulla epicondilite sportiva.

Dott. CARLO GARAMPAZZI. — L'O. espone che l'epicondilite sportiva, che ha avuto uno studio radiologico e clinico molto documentato dal lato dell'eziologia, non ha ancora provato una modalità di spiegazione la quale sia largamente accettata. Con considerazioni di modalità della funzione della giuntura del gomito quale avviene massimamente nel tennis e nella scherma, l'O. crede di voler per questa forma adottare il geniale concetto che il prof. Henschen di Basilea ha da non molto tempo preso in considerazione in alcune forme di lesione sportiva, vale a dire la teoria della vibrazione dei materiali ossei di resistenza e della vibrazione che naturalmente deve essere trasmessa anche alle parti molli circostanti alle giunture. È una teoria analogica a quella da molto tempo in valore nello studio della resistenza dei materiali che ha condotto alla ammissibilità di una stanchezza anche dei metalli e ad una alterazione della costituzione molecolare degli stessi per cui ad un dato momento repentinamente la loro resistenza è vinta e se ne hanno le fratture. Questa teoria ha trovato recentemente il suo appoggio in alterazioni che altri autori hanno rilevato avvenire in certe parti ossee di operai che lavorano con strumenti maneggiati a mano in cui il movimento avviene con rapide e ripetute scosse e vibrazioni trasmesse agli strumenti stessi dalla forza viva che in essi è data dall'aria compressa.

Le turbe disuriche nelle vescicoliti croniche.

Dott. G. LAVATELLI. — Mettendo in rilievo le turbe disuriche riscontrate in alcuni ammalati di vescicolite cronica, l'O. accenna ai caratteri ed all'importanza di questi sintomi, e ne discute il meccanismo di produzione.

Il dott. T. MENEGHINI riferisce *sullo studio della narcosi avertinica durante il parto.*

Il Segretario: Dott. R. MICOTTI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

DALLA PRATICA CORRENTE.

OSPEDALE DI S. SPIRITO IN SASSIA IN ROMA
Primario: Prof. EGIDI

Quattro casi di gravi sincopi curati con iniezione intracardiaca di adrenalina

per il dott. GIUSEPPE SCOLLO,
Chirurgo aiuto degli Ospedali di Roma.

L'uso della iniezione intracardiaca di adrenalina nelle gravi sincopi sopratutto da narcosi, ormai è entrato nella pratica comune, sebbene il metodo è vecchio solo di alcuni anni.

Epperò come nessun metodo di cura è infallibile, così non tutte le iniezioni intracardiache di adrenalina praticate in tali drammatiche evenienze sono state seguite dallo sperato successo. Quindi se è esagerato fondarsi sulla statistica dei soli casi fortunati che in questi ultimi tempi sono stati maggiormente pubblicati, tuttavia devesi riconoscere che il metodo è veramente eroico; al punto che sarebbe da imputare grave colpa al medico che non vi ricorresse, o che non avesse a portata di mano l'occorrente per praticarlo.

Durante il mio servizio chirurgico negli Ospedali di Roma ho assistito a quattro gravi sincopi, nelle quali è stata adoperata l'iniezione intracardiaca di adrenalina. Due di queste mi sono recentemente capitate nello spazio di qualche giorno.

Ritengo i casi meritevoli di pubblicazione in quantochè, avendo visto precedentemente fallire il metodo, non ho cessato di riporre fiducia in esso, come non vorrei che tale fiducia mancasse ad altri, cui eventualmente l'uso della iniezione intracardiaca non avesse dato il desiderato successo.

CASO I. — Uomo di 62 anni, affetto da frattura del collo del femore. In narcosi eterea si pratica la riduzione della frattura e l'immobilizzazione alla Whitman. Nel mentre si è occupati a ingessare l'arto, ci si accorge che il paziente, in istato di risoluzione completa, non respira, ha le pupille midriatiche, il viso pallido, cianotico, il cuore che non pulsa. Si attuano subito le cure del caso: respirazione artificiale, eccitanti, e si pratica iniezione intracardiaca di adrenalina, ma non si riesce a risvegliare alcuna contrazione del cuore. In questo caso si ebbe l'impressione che, per fatale distrazione del narcotizzatore, l'avviso dell'avvenuta sincope fosse stato dato con ritardo e fosse quindi venuta a mancare la tempestività del soccorso.

CASO II. — Donna di 46 anni, in condizioni generali scadute, affetta da cancro dello stomaco. Si opera in narcosi eterea. Ad operazione inoltrata, arresto del polso e del respiro. Prontamente iniezione intracardiaca, eccitanti e respirazione artificiale. Il polso ricompare piccolissimo e aritmico per qualche minuto, poi silenzio dei battiti. Seconda iniezione intracardiaca: ricomparsa del polso un po' più valido di prima. Però dopo qualche secondo, il polso si spegne di nuovo e nulla valse a strappare dalla morte la paziente.

CASO III. — Uomo di 52 anni operato di ascesso polmonare destro, da varii giorni continua ad avere febbre ed espettoraztone abbondante. Nel sospetto che la raccolta ascessuale non sia del tutto drenata, si pratica una puntura esplorativa direttamente sul polmone visibile dalla breccia parietale, al disotto del drenaggio. Con ago montato dalla siringa si attraversa un tessuto polmonare rigido e spesso, e, a qualche centimetro di profondità, si prova ad aspirare: ma non si ritira che sangue. Si toglie allora l'ago e immediatamente ci si accorge che il paziente reclina la testa, mentre ha una scossa convulsiva all'arto superiore sinistro, storce la bocca e perde la coscienza. Le pupille diventano midriatiche, il respiro si fa debole e poi si arresta, il polso ha battute rare e appena percettibili, il colorito del volto diventa livido cianotico, addirittura cadaverico. Si ha la dolorosa impressione che il paziente sia irrimediabilmente perduto. Nonostante ciò, si attuano prontamente i soccorsi del caso: ossigeno, respirazione artificiale, eccitanti di ogni sorta e a qualche minuto di distanza dalla insorgenza del tragico incidente si pratica una iniezione di un cmc. di adrenalina intracardiaca. Subito dopo il polso ha battute discretamente valide se pur aritmiche e poi viene il respiro, irregolare e superficiale. Per circa un'ora si continua nella respirazione artificiale e nella somministrazione dell'ossigeno, fino a che ritorna la coscienza e la respirazione ridiventa dispnoica come prima, ma tranquillizzante. Il paziente morì dopo due giorni per i progressi del suo male, ma certamente l'iniezione intracardiaca di adrenalina ebbe il successo che poteva dare: di trarre cioè a vita il paziente dall'incidente acuto mortale che la puntura del polmone gli aveva procurato.

CASO IV. — Uomo di 66 anni, operato già felicemente di prostatectomia transvescicale, ha un piccolo testicolo che sporge come fungo dalla borsa incisa, in seguito ad ascesso della ghiandola. Il paziente richiede di esserne liberato; e in cloro-etil-narcosi si inizia l'intervento. A un dato momento ci accorgiamo che il paziente non respira: è in atteggiamento inspiratorio contratto, e quasi subito si rilascia, diventa bianco di cera, l'occhio si fa smorto, le pupille midriatiche, il cuore più non batte. Iniezioni eccitanti, respirazione artificiale, ossigeno, ma il polso non ritorna. Senza indugio si pratica una iniezione di un cmc. di adrenalina intracardiaca. L'ago ha qualche oscillazione, e dopo qualche secondo dalla sua estrazione, comincia a percepirsi un polso piccolo, irregolare e frequente, e a notarsi un certo coloramento del viso. Si insiste con la respirazione artificiale, e dopo alcuni minuti il paziente torna completamente alla vita e ci consente di ultimare rapidamente la castrazione. Dopo una ventina di giorni è dimesso guarito dall'ospedale.

Abbiamo avuto quindi quattro casi di sincopi mortali, in cui la iniezione intracardiaca di adrenalina ha dato successo nel 50 %, includendovi anche il caso del paziente n. III che, pure essendo in seguito venuto a morte, devesi considerare all'attivo del metodo.

È la stessa proporzione all'incirca che registrò Petit-Dutaillis nella raccolta dei 25 casi noti fino al 1923 (56 % di guarigione); la identica proporzione che ritrovò Toupet nei 46 casi che fino al 1926 erano stati pubblicati in tutta la letteratura mondiale.

Noi abbiamo praticato sempre la iniezione, con ago da puntura lombare, infiggendolo per quattro-sei cm. al quarto spazio intercostale rasente al margine sinistro dello sterno, immediatamente al disopra del bordo superiore della quinta costola. È questo il punto di cui la maggioranza degli autori si è servito per raggiungere il cuore, e che le recenti ricerche di Rodi hanno dimostrato come il più sicuro e favorevole alla puntura del ventricolo destro. Nei nostri due casi sopravissuti abbiamo notato stato confusionale e lieve agitazione, in rapporto alla ischemia subita dai centri nervosi per l'arresto del cuore; così pure tachiaritmie che poi si sono emendate. Degno di nota poi ci sembra il caso III, per il fatto che non si trattava di una comune sincope da narcosi, come generalmente è avvenuto nei casi pubblicati dagli autori, ma di un tipico cosidetto schok pleurico.

Richiamiamo infine l'attenzione su alcuni fatti che sono capitali al raggiungimento del successo nelle gravi sincopi: che, cioè 1) la iniezione intracardiaca va fatta senza frapporre molto indugio, sapendosi che le alterazioni anemiche dei centri nervosi non sono più riparabili dopo 10 minuti secondo Bartelli e dopo un tempo anche più breve (5') secondo le esperienze di Crile nei cani; che 2) l'azione della adrenalina è di corta durata e quindi è necessario dare al cuore un impulso durevole con iniezioni di caffeina, digitalina ecc. (Toupet); e che infine 3) la sincope, oltre i moti del cuore paralizza il centro del respiro e quindi se non si continua la respirazione artificiale fino a risvegliare l'automatismo del centro respiratorio (che ordinariamente si ridesta in una diecina di minuti), non si fa opera completa, e si rischia di perdere l'ammalato, nonostante l'apparente successo della rianimazione cardiaca.

RIASSUNTO.

L'Autore riferisce su tre casi di sincopi mortali da anestesia e su un caso gravissimo di shoch pleurico, nei quali ha usato la iniezione intracardiaca di adrenalina col 50 % di successo.

BIBLIOGRAFIA.

PETIT-DUTAILLIS. Journal de Chir., 1923, n. 6.
BASTIANELLI. R. Acc. Sc. Med. di Roma, febbraio 1924.
TOUPET. Gaz. des Hôpitaux, 1923, fasc. 103.
NICOLIC e POTOTSCHNIG. Riforma Med., 1924, n. 44.
MASOTTI. Policlinico, Sez. prat., 1925.
FASANO. Minerva Medica, giugno, 1927.
TRUZZI. Gazzetta degli Osp. e delle Cliniche, novembre 1928.
G. JOHNSON. Norsk Magazin for Laegevidenskaben, n. 5, 1928.
THEODORESCU. Spitalul, settembre 1929.
ASTERTADES. Presse Méd., 1925, pag. 625.
GREENE. The Americ. Journal of Obst. and Gynecol., agosto 1927.
VALENTI. Policl., Sez. Prat., luglio 1927.
D'ALLAINES. Bulletin et mém. de la Soc. nation. de Chir., 1926.
RODI. Arch. di biologia applicata, fasc. 4, 1929.
WALAWESKI. Zentralblatt für Chir., 8 marzo 1930.
BALLATI. Polic., Sez. Prat., ottobre 1930.

SEMEIOTICA.

Sulla cosiddetta prova della fragilità capillare.

Il Meineri ha ripreso (*Il Dermosifilografo*, n. 3, 1931) lo studio delle emorragie cutanee provocate a mezzo di una pressione negativa esercitata con una ventosa sulla cute stessa: egli ha seguitato così le ricerche del Riva-Rocci, del Galletti, del Frontali, e ne ha integrato le osservazioni con lo studio istologico della cute sottoposta a questo trattamento.

I risultati ottenuti sono di notevole interesse, perchè orientano verso una interpretazione del noto fenomeno, assai diverso da quella comunemente accettata: e cioè che la comparsa delle emorragie cutanee permetta di giudicare delle condizioni della resistenza capillare pura e semplice: intepretazione però che il Tenconi aveva già criticato, ritenendola insufficiente e inesatta.

I risultati del Meineri si possono succintamente restringere a questi capisaldi fondamentali:

— non i capillari, ma i vasi venosi della cute, e sopratutto quelli del plesso profondo, sono i più direttamente interessati: essi determinano la cianosi della cute sottoposta a decompressione — appaiono dilatati e rigonfi e sono la sede principale degli stravasi sanguigni;

— non solo i vasi, ma tutti gli elementi della cute e in particolar modo lo strato corneo del derma prendono parte alla reazione, e ne condizionano le particolarità.

Soltanto quando questi elementi siano ben valutati e si trovino in condizioni uguali — la differenza dei puntini emorragici potrà

considerarsi l'espressione vera della resistenza dei vasi della cute, mai però dei capillari.

Numerosi disegni illustrano l'interessante lavoro. V. SERRA.

Anemia perniciosa. Difficoltà ed errori nella diagnosi.

Wilkinson e Brockbank (*Acta medica Scandinavica,* fasc. III 1930) hanno studiato 150 casi di anemia perniciosa. Essi osservano che ora che si conosce una cura efficace, è utilissima una diagnosi precoce.

I sintomi iniziali sono per lo più perdita delle forze, anoressia e affanno nel movimento. Ci possono essere flatulenze, nausea, diarree, ma senza deperimento. Gradualmente l'ammalato diventa anemico con tendenza al colorito giallastro con sclere bianche. Spesso ci sono palpitazioni.

In un piccolo numero di casi i sintomi iniziali fanno pensare al sistema nervoso: senso di intorpidimento alle mani e ai piedi, crampi alle gambe, e anche paraplegia spastica o neurite periferica.

Molti clinici ritengono che la diagnosi di anemia perniciosa si possa fare soltanto coll'esame del sangue.

Secondo l'esperienza degli AA. l'acloridia non è sintoma essenziale, perchè essi l'hanno trovata solo 5 volte su 150 casi; però trovarono sempre diminuzione dell'acidità totale e dell'attività peptica, con contenuto gastrico a digiuno di 40 cc. nel 92 % dei casi, acido lattico sempre assente, svuotamento gastrico più rapido del normale. Anche essi ritengono che la diagnosi si possa fare solo coll'esame del sangue e coll'esame frazionato del succo gastrico. Citano a questo proposito un caso in cui la diagnosi oscillava fra cancro ed anemia perniciosa.

La diagnosi può presentare difficoltà quando la malattia presenta un sintoma solo, per esempio la parestesia o solo dolore alla lingua, o diarrea persistente, o disturbi intestinali che non si riescono a classificare. In questi casi un esame del sangue permette di fare una diagnosi precoce. R. LUSENA.

CASISTICA E TERAPIA.

Aspergillosi cerebrale.

E. Moniz e R. Loff (*Presse Méd.,* 21 febbraio 1931) hanno avuto l'occasione di osservare una localizzazione cerebrale dell'aspergillosi in una donna di 44 anni. La malata, tre anni prima di entrare in Ospedale, aveva presentato un processo infiammatorio dell'occhio sinistro con forti dolori del globo ed amaurosi immediata. Si pensò alla sifilide, ma il trattamento antiluetico non portò alcun miglioramento. Quando entrò nell'ospedale, l'inferma presentava una emiplegia destra, che era cominciata 17 giorni prima con una paresi del braccio. Obiettivamente si notava: grande torpore intellettuale, emiplegia destra con partecipazione del facciale inferiore ed un po' del facciale superiore, riflessi radiali e tricipitali deboli ed eguali, rotulei ed achillei più vivaci a destra, addominali deboli, plantare normale a sinistra e Babinski a destra, sensibilità normale, partecipazione del 2° nervo cranico a sinistra e del 7° a destra; nulla a carico degli apparati cardio-vascolare e polmonare.

La malata morì 4 giorni dopo l'ingresso all'ospedale e l'autopsia dimostrò l'esistenza di un focolaio di distruzione assai esteso della regione frontale a sinistra, che interessava il centro ovale e, nella parte posteriore, il nucleo caudato e la capsula interna. L'esame istologico dimostrò trattarsi di aspergillosi.

La localizzazione cerebrale dell'aspergillosi presenta in questa malata una particolarità degna di nota: la mancanza di alcuna localizzazione viscerale. Gli AA. ritengono che l'infezione si sia trasmessa al cervello dall'occhio. Questa via di entrata, di cui non esistono altri casi, dimostra che l'aspergillosi può restare per lungo tempo nell'occhio per passare poi nel cervello dove si sviluppa lentamente. Una volta dunque posta la diagnosi di aspergillosi oculare, occorre un trattamento immediato per evitare la trasmissione al cervello.

C. TOSCANO.

Micosi dell'orecchio.

Nelle micosi dell'orecchio, è necessario sempre l'esame culturale per poter confermare la diagnosi clinica ed identificare l'agente causale della malattia. Per tale esame, si presentano però delle difficoltà, sia perchè il micete non sempre attecchisce nei mezzi di cultura, sia perchè questi non sono a disposizione, sia infine perchè il micete nei mezzi nutritivi artificiali presenta dei caratteri diversi da quelli che aveva nella lesione.

L'esame fatto direttamente, prelevando con l'ansa di platino un po' di materiale ed osservando in glicerina a fresco, presenta, come osserva R. Motta, *Il Valsalva,* febbr. 1931) degli inconvenienti, quali la possibile involontaria lesione del condotto uditivo e la disgregazione del micete.

Per ovviare agli inconvenienti, l'A. consiglia il metodo seguente.

Introduzione di una striscia di garza bianca sterile nel condotto uditivo esterno; dopo 24 ore, la si ritira e, se non presenta alterazioni di colorito, la si introduce nuovamente. Nei casi di micosi, la garza cambia abbastanza rapidamente di colore nella porzione profonda, per lo sviluppo degli elementi fruttificati del fungo nella sua compagine. Allora, se ne taglia un pezzettino, nella porzione colorata, e lo si monta in glicerina, osservando al microscopio. Il resto, lo si introduce in

una provetta sterile con al fondo un po' di acqua e della garza o del cotone (sempre sterili!) A temperatura ambiente, il fungo continuerà a svilupparsi e potrà essere seguìto nel suo sviluppo.

La prova è semplice e non richiede strumentario speciale; permette di fare la coltura senza bisogno di terreni nutritivi; evita la possibilità che il micete possa cambiare aspetto nei passaggi sui terreni di cultura e che possa essere rovinato, come accade talora quando lo si estrae direttamente con l'ansa ed inoltre, si evitano le eventuali lesioni al condotto uditivo esterno quando il micete viene estratto per mezzo di strumenti.

Lo studio dell'A. è accompagnato e documentato da fotografie. *fil.*

Actinomicosi polmonare umana generalizzata.

I casi bene accertati di generalizzazioni dell'infezione actinomicotica non sono molto numerosi nella letteratura. I fatti clinici sono spesso confusi con forme tubercolari miliariche generalizzati. Q. Grani (*Arch. Ital. di Anat. e Istit. Patol.*, n. 6, 1930) illustra un caso di tale affezione, riferentisi ad un uomo di 44 anni il quale nel 1928 cominciò ad accusare disturbi a carico dell'apparato respiratorio che andarono sempre più accentuandosi nell'anno sucessivo, sì da recare grave impedimento al lavoro abituale. Fattosi visitare, gli furono riscontrate lesioni specifiche agli apici polmonari e fu ricoverato in ospedale con diagnosi di apicite tubercolare. Nonostante che l'esame dell'espettorato fosse stato negativo per la presenza di germi acido-resistenti, le lesioni polmonari andarono rapidamente accentuandosi e le condizioni generali peggiorarono celermente. Dopo circa un mese di degenza in ospedale, sopravvennero delle produzioni ascessuali e flemmonose multiple al torace ed agli arti inferiori, le quali furono interpretate come ascessi freddi tubercolari. Tali tumefazioni si dimostrarono dolenti, si ulcerarono spontaneamente e dettero poi luogo a tragitti fistolosi, alcuni dei quali pluriramificati, dai quali fuoriusciva materiale purulento; alcuni di questi ascessi furono aperti chirurgicamente e dettero luogo ad ulcerazioni tendenti a fistolizzarsi. Mentre fino a questo momento la sintomatologia fu quella di una tisi cronica: febbre modica, sudori, tosse, dispnea, dolore toracico, dimagrimento, col sopravvenire di queste complicazioni ascessuali si ebbe il quadro di una pioemia con febbre a grandi oscillazioni, rapida cachessia, finchè l'infermo venne a morte.

L'esame necroscopico ed istologico dimostrò trattarsi di una infezione actinomicotica del polmone sinistro contratta, come misero in evidenza i reperti istologici peribronchiali, per via respiratoria.

Dal polmone il processo primitivo si era esteso per continuità al pericardio, al mediastino e alle pareti toraciche, dando luogo successivamente, per erosione di vasi nella metà inferiore del polmone sinistro (ove esisteva una ampia caverna necrotica), ad una generalizzazione della infezione con metastasi all'encefalo, polmoni, cuore, milza, reni, intestino tenue, stomaco, pancreas, cute e parti molli degli arti inferiori.

Il caso è interessante, oltre che per le metastasi rare ad osservarsi nel pancreas e nello stomaco, anche per i reperti istologici, i quali convalidano l'identità fra actinomicosi e streptotricosi, oggi sostenuta, e contribuiscono ad attribuire alle forme granulo-filamentose e bacillari significato vitale nella riproduzione del micromicete. C. TOSCANO.

La cura delle micosi polmonari.

F. Formicola e N. Polese (*Il Morgagni*, 28 dicembre 1930) passano in rivista i diversi metodi di cura delle micosi polmonari.

Terapia medicamentosa. Sono stati usati: soluzioni balsamiche di olio gomenolato e di sostanze alcaline, il blu di metilene, l'insulina, l'arsenico, il calcio, lo jodio.

Terapia fisica. Avrebbero dato buoni risultati: l'attino-, la radio-, la radiumterapia e la diatermia.

Terapia specifica. Hanno mostrata scarsa utilità nelle micosi in genere; qualche risultato si può probabilmente ottenere con i vaccini nelle broncosporotricosi e nelle anaeromicosi.

Terapia chirurgica. Il pneumotorace può dare qualche risultato soltanto nelle forme emottoiche, a scopo emostatico.

Gli AA. riferiscono su 11 casi trattati, nei quali hanno trovato un'azione specifica soltanto con lo jodio. Hanno somministrato lo joduro di potassio fino a 10-12 grammi *pro die* e la tintura di jodio fino a 25 gocce, frazionatamente: lo jodio per via sottocutanea fino a 5 cg. e l'olio jodato per via endotracheale in quantità di 30 cg. di contenuto jodico al giorno. La cura è stata continuata per parecchi mesi dopo l'apparente guarigione clinica. Gli AA. dànno anche indicazioni sulla tecnica delle iniezioni endotracheali.

In generale, si può dire che in questi infermi vanno tentate successivamente tutte le terapie, poichè qualche volta si può ottenere un risultato soddisfacente da quelle che in altre mani non ne hanno dato. *fil.*

MEDICINA SCIENTIFICA

La funzione dell'ormone dell'ipofisi posteriore nel metabolismo dei grassi.

Molti negano l'importanza dell'ipofisi nel metabolismo dei grassi, perchè i sintomi imputati alle lesioni ipofisarie si possono pro-

durre sperimentalmente ledendo la base del cervello e specialmente il tuber cinereum.

Ricerche di W. Raab (*Endocrinology*, nov.-dic. 1930) fatte sul cane hanno dimostrato che la pituitrina ha effetto sul contenuto in grasso del sangue, nel senso che essa l'aumenta nel digiuno. Quest'azione della pituitrina scompare dopo distruzione meccanica del tuber cinereum o dopo somministrazione di sostanze che paralizzano i centri mesencefalici (piramidone, antipirina, aspirina) come pure dopo sezione del midollo cervicale o dello splancnico addominale o colla paralisi simpatica ottenuta coll'ergotamina o colla simpatectomia completa di Cannon.

Vari autori hanno osservato l'accumulo di grasso nel fegato dopo l'iniezione di pituitrina.

L'ormone dell'ipofisi posteriore favorisce l'assorbimento del grasso circolante da parte del fegato per mezzo di un meccanismo nervoso che comincia nel tuber cinereum e finisce nel fegato.

C'è parallelismo stretto fra il meccanismo della regolazione chimica del calore e quello dell'azione della pituitrina nel metabolismo dei grassi.

Clinicamente sono stati osservati casi di obesità da pura lesione pituitaria, ma anche da encefalite, tumori cerebrali, idrocefalo, ecc., senza lesioni ipofisarie, ma in questo secondo gruppo l'opoterapia ipofisaria fallisce.

Il Raab dice che c'è parallelismo notevole fra il sistema adrenosimpatico e quello mesencefalico-pituitario, perchè c'è in entrambi i sistemi cooperazione fra una ghiandola a secrezione interna e tessuto nervoso, azione sul sistema vascolare e sui muscoli lisci e sulla regolazione del calore e dei grassi.

R. Lusena.

Ormone sessuale eterologo e sterilizzazione ormonica dell'uomo negli esperimenti sull'animale.

Reiprich (*Münch. Med. Woch.*, n. 9, 1931) ricorda che, mentre le nostre conoscenze sull'attività degli ormoni sessuali femminili e sulle pratiche di sterilizzazione sono molto avanzate, quelle analoghe nel campo maschile — per ragioni ovvie — sono scarse, giacchè solo negli Stati Uniti e in Svizzera si è praticata — a cura dello Stato — la sterilizzazione di uomini rei di violenze carnali o deboli di mente.

Ristretto dunque al campo sperimentale, tuttavia questo studio ha dato qualche frutto, e le ricerche di vari Autori hanno stabilito da un lato che l'ormone sessuale maschile inoculato nell'organismo femminile, era capace di esercitarvi un'azione inibitrice sullo sviluppo e sulla funzione di quelle glandole sessuali, dall'altro che una identica azione antagonista era da attribuirsi all'ormone sessuale femminile introdotto nell'organismo maschile.

Allo scopo di approfondire queste ricerche, l'A. ha inoculato nei caproni, l'ormone follicolare (giacchè ne esiste anche uno del corpo luteo delle coniglie, di cui è nota la grande fecondità) ed ha osservato che la capacità di coabitazione non era per nulla modificata, mentre la fecondità maschile appariva nettamente ristretta: vera e propria sterilizzazione ormonica del maschio.

Istologicamente si dimostrò una regressione chiarissima dei canalicoli seminali e un arresto completo della spermiogenesi.

Tutte queste ricerche hanno un valore tanto più grande, in quanto i metodi operativi di sterilizzazione sono accompagnati da una discreta mortalità, e le irradiazioni si sono dimostrate non sempre efficaci.

V. Serra.

Mestruazione ed emorragia uterina irregolare di origine ovarica.

Uno dei risultati delle più recenti ricerche, dice Young (*The British Medic. Journal*, 20 dic. 1930), è che il ciclo sessuale femminile è alle dipendenze della parte anteriore della pituitaria: difatti, si ha mancato sviluppo sessuale in alcune lesioni pituitarie, si hanno genitali infantili se si estirpa l'ipofisi in animali giovani. L'ipofisi ha azione sull'utero solo indirettamente, attraverso la funzione ovarica. La natura esatta dell'impulso che dà l'ipofisi alle ghiandole sessuali ci è ignota.

Si ritiene comunemente che la mestruazione nella donna dipenda da degenerazione dell'endometrio dipendente a sua volta dall'ormone del corpo luteo. Ma è dimostrato che la mestruazione può aversi in assenza di ovulazione e di corpo luteo.

Molti dei disordini della mestruazione attribuiti ad endometrite, a metrite, a fibrosi dell'utero, ecc. dipendono da alterazioni ovariche (o ovaro-pituitariche).

R. Lusena.

L'effetto dell'estratto epatico sul sangue normale.

M. P. Crane, I. Howard e W. Murphy (*The Americ. Journ. of the Medic. Sciences*, dicembre 1930) diedero per 14 giorni a 4 uomini sani estratto epatico in quantità quotidiana equivalente a 800 gr. di fegato, oltre la solita alimentazione.

Al 5° giorno si ebbe aumento dei reticulociti della durata di 1-3 giorni. Si ebbe aumento numerico dei globuli rossi (in media 300.000; aumento massimo registrato 700.000).

L'emoglobina aumentò poco negli ultimi giorni.

Il ferro del sangue aumentò un po' in 3 casi. I diametri degli eritrociti aumentarono pure un po'.

Il solo disturbo osservato fu la nausea.

Non si osservarono fatti che depongano per un aumento dell'emolisi.

R. Lusena.

RUBRICA DELL' UFFICIALE SANITARIO

La profilassi delle malattie sociali.

Tubercolosi.

La legislazione italiana sulla tubercolosi consta di tre gruppi di provvedimenti di legge ben distinti fra loro.

Il primo è rappresentato dalle poche norme vigenti anteriormente alla guerra contenute nel regolamento generale sanitario; il secondo dalle disposizioni dettate dalla necessità dell'assistenza curativa e profilattica dei tubercolotici di guerra, e precisamente dal decreto luogotenenziale 26 luglio 1917 n. 1231, convertito con modificazioni nella legge 24 luglio 1919 n. 1381, contenente le norme relative alla concessione di mutui e sussidi per le opere antitubercolari ed alla istituzione facoltativa dei Consorzi provinciali antitubercolari. Il terzo gruppo infine, che ha portato il nostro paese a livello dei più progrediti in fatto di legislazione antitubercolare, è costituito dalle importanti leggi emanate dopo il 1922, fra le quali il R. decreto 30 dicembre 1923 n. 2889, che coll'art. 7 attribuisce alla Provincia il compito di provvedere ai servizi antitubercolari, se ed in quanto non provvedono i Comuni, i Consorzi, od altre pubbliche istituzioni, e le due leggi fondamentali del 23 giugno 1927 n. 1276 (provvedimenti per la lotta contro la tubercolosi), che ha reso obbligatoria la costituzione dei Consorzi provinciali antitubercolari e del 27 ottobre 1927 n. 2055 che ha istituito l'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi, in applicazione del paragrafo XXVII della Carta del Lavoro.

Come per la malaria, ci limiteremo ad illustrare quelle norme che più direttamente interessano l'ufficiale sanitario, essendo una gran parte delle misure relative alla lotta antitubercolare di competenza dei Consorzi provinciali e della Cassa Nazionale per le Assicurazioni sociali.

La denunzia della tubercolosi polmonare (art. 1 D. M. 15 ottobre 1923) è obbligatoria solamente in seguito a morte od a cambiamento di alloggio dell'infermo, ovvero quando si constati la malattia nelle collettività in genere, sia civili che militari, o negli istituti di ricovero o di cura (ospizi, orfanotrofi, carceri, alberghi, convitti, scuole, conventi, brefotrofi, ospedali, case di cura), nonchè nelle latterie e vaccherie. Nelle scuole è obbligatoria anche la denunzia della tubercolosi cutanea ulcerata e di quella ossea e glandolare con seni fistolosi aperti all'esterno (art. 1 R. D. 9 ottobre 1921 n. 1981).

Il regolamento 3 febbraio 1901 n. 45 si occupa della tubercolosi negli art. 159-163: esso dispone che, a seguito della denunzia di un caso di tubercolosi, l'ufficiale sanitario vigili perchè siano prese le misure necessarie ad impedire la diffusione della malattia. Quando si tratti di denunzia in seguito a decesso o per cambiamento d'alloggio, l'ufficiale sanitario dovrà fare eseguire le disinfezioni a domicilio. Ma così in questi casi, come in ogni altro di tubercolosi in collettività (specialmente in scuole, officine, ecc.) è anche compito dell'ufficio d'igiene comunale, in base a preventivi accordi, fare le opportune segnalazioni al locale dispensario antitubercolare, o al Consorzio provinciale, per i provvedimenti di assistenza e profilassi nella famiglia del tubercoloso. Interverranno allora l'opera delle vigilatrici sanitarie, la eventuale concessione di sussidi, di medicinali o di suppellettili domestiche, l'esame medico dei bambini, ed il possibile loro allontanamento dai parenti malati; o l'invio in istituti per predisposti ecc.; per modo che la segnalazione dell'ufficiale sanitario costituisca l'impulso che mette in movimento, a favore del singolo caso, tutto il complesso congegno dell'assistenza sociale antitubercolare. Reciprocamente i dispensari dovranno far pervenire all'ufficiale sanitario le notizie relative ai casi di tubercolosi constatati a domicilio od in collettività, le richieste di disinfezione, le informazioni sulle condizioni igieniche delle abitazioni, ecc., per le quali possa farsi luogo ad un intervento dell'ufficio d'igiene per provvedimenti di competenza dell'autorità sanitaria.

Quando in una collettività si presenti un caso di tubercolosi polmonare, ricorre l'applicazione dell'art. 160 del regolamento generale, il quale prescrive che i ricoveri e le abitazioni collettive non possono ricevere o trattenere un caso del genere, se, a giudizio dell'autorità sanitaria, non dispongono di locali e di servizi adatti. Anche in queste circostanze si farà appello alle istituzioni antitubercolari, per provvedere all'allontanamento ed al ricovero di questi infermi in luoghi speciali di cura, sottoposti, essi pure, alla vigilanza della suddetta autorità.

Nelle abitazioni collettive, stabilimenti industriali, scuole, luoghi di pubblico convegno, uffici ed esercizi aperti al pubblico, l'art. 161 prescrive che siano tenute le *sputacchiere* e sia fatto divieto in modo evidente, di sputare fuori delle medesime. L'osservanza di queste disposizioni, in pratica, lascia molto a desiderare, ed è bene che su di essa gli ufficiali sanitari portino la loro attenzione esigendo tanto l'obbligo di collocare le sputacchiere in tutti i luoghi nei quali è indicato dal regolamento, quanto l'accurata manutenzione di esse. L'industria fornisce oramai ottimi tipi di sputacchiere di aspetto decoroso, e l'igiene insegna con quali mezzi si possano sicuramente rendere innocui gli escreati; non si dovrebbero perciò più tollerare certe luride cassette di legno contenenti calce o peggio segatura, ributtanti a vedersi ed assolutamente incapaci a garantire la distruzione dei germi patogeni che possono trovarsi negli sputi. Il divieto di sputare in terra nei luoghi ed esercizi pubblici e nei veicoli di pubblico trasporto, sancito anche in molti regolamenti d'igiene, dovrebbe

esser fatto rispettare con rigore, ed i trasgressori dovrebbero esser puniti.

Quando fosse stato denunziato un caso di tubercolosi presso una cascina da latte, anche se riguardava il personale di servizio, il regolamento generale sanitario (art. 163) prescriveva la bollitura del latte prima della vendita. Il nuovo regolamento sulla vigilanza igienica del latte (9 maggio 1929 n. 994), molto più opportunamente, dispone che, quando fra le persone addette ad una vaccheria o latteria si accertino casi di malattie infettive (fra le quali è compresa e va soggetta a denunzia anche la tubercolosi), coloro che ne sono colpiti devono essere immediatamente allontanati ed il personale rimanente sottoposto a frequenti visite da parte dell'ufficiale sanitario.

Queste, sommariamente enumerate, le attribuzioni che più direttamente competono all'ufficiale sanitario nel campo della difesa contro la tubercolosi. Ma assai scarsa coscienza del proprio dovere dimostrerebbe quell'ufficiale sanitario il quale credesse poter limitare la sua attività alla semplice applicazione delle citate disposizioni regolamentari. La carica di dirigente dei servizi igienici del Comune e la sua qualità di medico, impongono all'ufficiale sanitario, oltre che un'intima collaborazione con le istituzioni antitubercolari e con tutti gli enti che si occupano di assistenza specialmente all'infanzia ed alla gioventù, una quotidiana, assidua opera diretta al miglioramento delle condizioni di salute della popolazione affidata alla sua tutela. Tale miglioramento si otterrà col risanamento del suolo e dell'abitato, colla vigilanza annonaria e scolastica, colla propaganda igienica, colla lotta contro le abitudini ed i pregiudizi dannosi alla salute, coll'incremento degli sport, delle colonie diurne, marine o montane, delle scuole all'aperto e via dicendo.

Solamente quando l'ufficiale sanitario abbia dedicato ogni sua energia di intelletto e di cuore a queste svariate e molteplici forme di attività sanitaria e sociale, potrà ritenere di aver assolto il proprio compito nella lotta contro la tubercolosi. A. FRANCHETTI.

VARIA.

Un'esecuzione all'acido cianidrico.

Gli Stati Uniti desiderano, a quanto sembra, avere il primato della novità, anche nei modi di esecuzione dei delinquenti. Ora, non più la sedia elettrica, ma il gas velenoso! Un'esecuzione capitale di tal genere è stata compiuta nelle prigioni dello Stato di Nevada, il 2 giugno 1930, sulla persona di un certo Robert H. White ed un medico funzionario di Stato (State Health Officer), E. E. Hamer ha avuto l'idea di seguire l'andamento del polso e del respiro negli ultimi aneliti di vita del condannato e ne riferisce in *Journ. amer. med. assoc.* del 30 ottobre 1930.

Lo studio è stato fatto per benino. Il condannato era ben legato alla sedia, con uno stetoscopio fissato sul nudo torace, in corrispondenza del battito della punta; i tubi per l'ascoltazione erano prolungati fin fuori della stanza di esecuzione.

Alle 4,36 il polso era forte e regolare, con la frequenza di 108. Alle 4,37 e 1/2 incomincia la produzione di gas; mezzo minuto dopo, il morituro (che viene chiamato dall'A., il prigioniero), dopo un respiro superficiale, disse che incominciava a sentire l'odore del gas. Alle 4,38, il polso era a 120, sempre forte e regolare. Il condannato fece allora una profonda inspirazione, volgendo la testa verso il punto donde emanava il gas; ebbe un accesso di tosse spasmodica, la testa si piegò in avanti e divenne inconscio.

Subito dopo l'inspirazione profonda, il cuore si arrestò per 15 secondi e, poi, riprese a battere in modo irregolare per altri 15 secondi, dopo di che ridiventò forte e regolare. Apparentemente, esso non aveva perduto nulla del suo vigore. In seguito, il ritmo rallentò: 100 battiti alle 4,41 e 1/2, 8 battiti alle 4,44. Alle 4,47 e 1/2, si avevano battiti distinti, regolari, ma molto deboli; l'ultimo venne avvertito alle 4,47.

In questo tempo, dopo la inspirazione profonda, il respiro fu sempre convulsivo ed irregolare. L'A. ritiene che l'incoscienza sia sopravvenuta dopo la prima inspirazione profonda.

Si può ammettere che la pena di morte costituisca un'istituzione di difesa sociale, triste ma necessaria. Ma ripugna alla nostra mentalità, che ammettiamo antiquata, che un medico assista impassibile con gelido interesse scientifico alla morte di un uomo vigoroso propinatagli da altri uomini, sia pure nell'interesse di una giustizia. Il medico, merita tal nome soltanto se esercita la divina arte di guarire, di lenire le sofferenze. E quando, contro l'ineluttabile la sua opera diventa vana, egli si ritrae silenziosamente; potrà riprendere più tardi il cadavere — povera materia ormai destinata alla putrefazione — per indagarvi quei misteri che gli saranno utili per guarire altri uomini. Ma dinnanzi alla nera visitatrice che afferra le vite per gettarle nell'abbisso del mistero, egli deve sentire il più profondo rispetto per questa vita che si spegne. E tanto più quando la morte non è l'esito naturale di un processo patologico, ma l'opera calcolata di altri uomini, quando il morente non è un misero organismo ormai consunto, ma una vita fiorente che sta per essere volontariamente stroncata da altri uomini.

Sentimentalismo? forse, ma unicamente basato sull'inestinguibile amore umano che, nonostante tutte le disillusioni, anima l'opera nostra e che dà l'impulso agli eroismi che nobilitano la classe nostra e sono tanto più sublimi quanto più oscuri ed ignorati.

fil.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Crisi economica e pletora professionale.

Il mondo intero attraversa una grave crisi economica. Tutti ne hanno notizia; tutti, Stati ed individui, ne subiscono le conseguenze più o meno dirette, più o meno sensibili.

Nessuno però sa dire in che cosa consista questo malessere, quali ne siano le cause, quali ne siano i successivi sviluppi, quali i rimedii.

È una malattia di cui si è fatta solo una diagnosi generica, di cui non si conosce la origine e la prognosi. Naturalmente per quel che riguarda la cura si va a tentoni, e ci si contenta di palliativi.

L'economia politica in questa contingenza ha riabilitata la medicina.

Tutta la fioritura di motti di spirito, di satire, di epigrammi con i quali si calunniava e si calunnia l'arte medica, possono ora giustamente applicarsi alla scienza economica.

C'è chi attribuisce il fenomeno allo sconcerto prodotto dalla guerra, e c'è chi sostiene invece che la guerra fu un effetto del male che stava per svilupparsi e che la stessa convulsione bellica ne ritardò o ne dissimulò la manifestazione.

C'è chi incolpa l'intenso incremento delle macchine e chi la svalutazione dell'argento; altri ne fanno carico al dumping russo o ai moti dell'India.

Certo è che, malgrado l'eccesso di produzione agricola e industriale, malgrado la congestione dei magazzini, c'è un difetto negli scambii che inceppa la regolare distribuzione delle ricchezze, con il conseguente malessere generale.

Come ogni medico accorto, che non ha fatto la diagnosi della malattia o l'ha fatta per approssimazione, non si sbilancia nella prognosi ed oscilla prudentemente tra l'ottimismo ed il pessimismo, così gli economisti osservano che la situazione è seria ma che non bisogna disperare e sempre mettono in rilievo la minima condizione favorevole per parlare di albori di ripresa.

E per quel che riguarda i rimedii, si brancola nel buio non meno fitto. Quelli adottati da alcuni Stati, come gli inasprimenti doganali in America e i sussidii di disoccupazione in Inghilterra, se riescono a calmare momentaneamente la acuzie della crisi, finiscono per aggravare la situazione. Si tratta di iniezioni di morfina o di caffeina lenitrici o eccitatrici momentanee. L'immancabile processo di guarigione si svolgerà in base a fattori non controllabili e non prevedibili.

A parte queste considerazioni analogiche che ci fanno apprezzare con minore mortificazione gli errori e gli insuccessi della nostra scienza, sta di fatto che la crisi economica generale ha ripercussioni notevoli sulla classe medica.

Già prima che la crisi stessa si verificasse le condizioni dei medici non erano prospere.

Da circa un ventennio si è constatato che l'esercizio della medicina non offre vantaggi proporzionali al dispendio e agli studii occorrenti per conseguire la laurea, alla importanza delle prestazioni ed al lavoro intellettuale e spesso anche materiale che esse richiedono.

Parliamo naturalmente della media dei professionisti, media che purtroppo raccoglie la loro grande maggioranza.

La decadenza si è andata progressivamente accentuando con l'aumento del numero degli studenti e degli esercenti.

La congestione delle scuole di medicina e la pletora professionale hanno conseguenze sfavorevoli sia sul rendimento dei medici, sia sulle loro condizioni morali e materiali.

È una quistione quindi che interessa non solo la classe medica ma l'intera collettività.

L'adattamento della professione alle esigenze tecniche, economiche e sociali contemporanee richiede due condizioni primordiali: l'organizzazione e la formazione del medico.

La società ha il diritto di essere assistita da medici che abbiano la capacità di assolvere adeguatamente la loro funzione, come i medici hanno il diritto di pretendere che sia assicurata loro una sufficiente condizione economica.

Il medico è il tutore della salute pubblica, è il sollievo e la speranza dei malati.

Perchè egli possa idoneamente corrispondere a queste esigenze è necessario che abbia una adatta cultura ed esperienza, e prestigio sufficiente per la fiducia che deve infondere.

Occorre quindi che la sua preparazione sia accurata e completa, e che egli possa vivere del suo stato, onorevolmente, con un margine di beneficii tali che possa essere garantito dall'improduttività della disoccupazione, della malattia o della vecchiaia.

Le attuali condizioni non concorrono per nulla a determinare questi elementi favorevoli all'esercizio della professione.

Le scuole affollate producono in genere medici poco istruiti e meno sperimentati, la congestione della professione determina una concorrenza che avvilisce l'esercizio e riduce i profitti, e crea inoltre attività che sono poco confacenti al prestigio della classe, quando non sono disonorevoli o addirittura criminali.

Correggere la pletora con la istituzione degli albi chiusi è facile, conveniente agli attuali esercenti.

Ma non è una soluzione che tenga conto delle prevalenti esigenze sociali.

C'è da rilevare che i criterii che hanno consigliato l'albo chiuso per gli avvocati non sono applicabili ai medici.

I laureati in legge, oltre l'avvocatura, possono esercitare parecchie altre attività, e mol-

tissimi di essi sono assorbiti dalla magistratura, dagli impieghi pubblici e privati.

Per i laureati in medicina è tutt'altra cosa. La loro grande maggioranza può trovare i mezzi di vita solo nel libero esercizio professionale.

Come si è detto, è necessario non solo che il numero dei medici esercenti non sia eccessivo in confronto ai bisogni, ma anche che essi siano convenientemente preparati.

Una preparazione sufficiente, teorica e pratica, non potrà attuarsi fino a quando le aule scolastiche, i gabinetti, le cliniche delle nostre maggiori università sono affollate come lo sono ora.

Il numero degli iscritti alle Facoltà di medicina va progressivamente aumentando, malgrado i miraggi dell'esercizio professionale siano tutt'altro che allettanti.

Un così gran numero di studenti non può trovare nelle università più congeste le condizioni occorrenti per una buona preparazione.

A differenza di quel che avviene per altre Facoltà, gli studii medici richiedono assiduità ai corsi, assistenza alle dimostrazioni pratiche, addestramento dei sensi e dell'intelligenza, il che può esser fatto solo con un esercizio metodico e continuo.

E ciò non può ottenersi quando i corsi sono affollati.

Per correggere quindi gli effetti della pletora, sia in rapporto al rendimento come al benessere dei medici, conviene risalire alle origini, limitare le iscrizioni alla Facoltà di medicina.

Limitare ed equamente distribuire le iscrizioni nelle Facoltà mediche del regno — che son sempre troppe — in modo che alcune non siano congeste ed altre non siano scarsamente frequentate.

Solo così, a nostro avviso, si potrà ottenere che gli studii medici riacquistino la serietà indispensabile, e l'esercizio professionale riabbia quel decoro che è condizione imprescindibile del suo successo. *Pangloss.*

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALESSANDRIA D'EGITTO. *Ospedale Italiano « Benito Mussolini ».* — Direttore del Laboratorio di chimica, batteriologia e anatomia patologica; L. st. 20 mensili esenti da tassa, oltre vitto e alloggio (in caso di rinunzia, indennità di L. st. 90 annue) e 50 % introiti per esami esterni; scad. 31 luglio; domanda in carta libera e doc. alla direzione; doc. a 3 mesi dal 10 mag.; chiedere annunzio. Serv. entro 30 gg. dalla partecipaz. di nom.

AMBIVERE. — (V. MAPELLO).

BENEVENTO. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Cercasi medico-direttore Reparto ammalati di forme pulmonari presso l'Ospedale di S. Agata dei Goti; mensili L. 1000, lorde di R. M. Nomina provvisoria; il concorso definitivo sarà espletato alla fine di questo anno. Inviare, fino a tutto il 15 giugno, domanda e titoli comprovanti la capacità tecnica alla presidenza. Obbligo della residenza in S. Agata.

BERGAMO. *Ospedale Maggiore Principessa di Piemonte.* — Aiuto ed assistente per l'Istituto di Radiologia e Terapia fisica; rispettivam. L. 7480 e L. 6600, eventual. c.-v., partecipaz. utili 15 e 5 %; all'aiuto è inibito l'esercizio privato o presso Enti; all'assistente è fatto obbligo di pernottare e del servizio di guardia a turno. Età lim. 35 e 30 a. Scad. ore 12 del 27 giu. Tassa L. 50. Chied. annunzio.

BORGO D'ALE (*Vercelli*). — Scad. 10 giu.; L. 8000 e 10 bienni ventesimo, c.-v. e indennità diverse.

BURGIO (*Agrigento*). — Scad. ore 18 del 30 giu.; L. 10.000 e addizion. di L. 500 per ogni 250 poveri oltre i 1000; 4 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; serv. entro 15 gg.

CARPIGNANO (*Pavia*). — Scad. 15 giu.; con Roncaro; L. 11.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 300 uff. san. e L. 300 ambulat., deduz. 12 %.

CASALE MONFERRATO (*Alessandria*). *Ospedale di Santo Spirito.* — Primario per la Sezione di Chirurgia. Stipendio L. 4200 sotto deduzione del 12 %, oltre 45 % sui proventi degli atti operativi. Età massima 40 a., oppure 45 a. per i concorrenti in servizio presso cliniche di Ospedali e per gli ex combattenti. Minimo di servizio professionale: anni 8. Documenti di rito. Scadenza 30 giugno. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria del Pio Ente.

CASTELPLANIO (*Ancona*). — Scad. 30 giu.; per Poggio S. Marcello; L. 7480 oltre L. 2540 cav. e c.-v.; età lim. 31 a.; tassa L. 50,10.

CITTADELLA (*Padova*). — Scad. 30 giu.; L. 10.000 e 5 quadrienni dec., c.-v., L. 3000 cav. o automob., L. 600 ambulat.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — Medico primario della Sezione Cronici nell'Ospedale di Careggi; scad. ore 16 del 20 giu.; L. 5225 e proventi eventuali; chiedere annunzio alla Segreteria.

GROSSETO. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli e per esami. Assistente della Sezione Chimica del Laboratorio Provinciale di Igiene e di Profilassi. Stipendio iniziale L. 9500, aumentabile di un decimo per ogni quadriennio, fino a raggiungere il massimo di L. 14.250, più supplemento di servizio attivo di L. 1500, indennità di alloggio di L. 500, ed altra indennità di caro viveri, se ed in quanto dovuta, nella misura e durata degli altri impiegati della Provincia, nonchè di una quota di partecipazione agli introiti per contravvenzioni ed analisi, ricerche, ecc. Le domande, corredate dei relativi documenti, dovranno essere inviate alla Segreteria della Provincia entro il 31 luglio 1931. Richiedere il bando di concorso per conoscere tutte le altre condizioni alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale.

MAGRÈ ALL'ADIGE (*Trento*). — Scad. 30 giu.; rivolgersi Segreteria.

MANCIANO (*Grosseto*). — Seconda condotta. Per titoli. Stipendio L. 10.000 riducibili del 12 %; assegno annuo rivedibile, se l'eletto sarà coniugato, di L. 700 fino a conservazione, riducibile del 12 %; dieci aumenti triennali del ventesimo. Età mas-

sima anni 35 salvo eccezioni di legge; documenti soliti. Scadenza 20 luglio. Richiedere l'avviso integrale di concorso, alla Segreteria Comunale.

MAPELLO e AMBIVERE (*Bergamo*). — Condotta consorziale medico-chirurgica-ostetrica. Al posto sono annesse le seguenti indennità: Assegno residenziale L. 7400; Assegno quale Ufficiale Sanitario lire 520; Assegno per l'ambulatorio L. 440; Indennità mezzi trasporto L. 1760; indennità di L. 2 per ogni inscritto nell'elenco poveri ammessi all'assistenza e ai medicinali gratuiti; e di L. 5 per gli inscritti nell'elenco poveri aventi diritto alla sola cura medica ed ostetrica. Indennità caro viveri con le riduzioni di legge. L'assegno residenziale e quello di Uff. Sanit. avranno l'aumento di un decimo per quinquennio e per cinque quinquenni. Le domande in bollo di L. 3 e i documenti, l'elenco dei quali e le rispettive modalità possono leggersi nel bando di concorso da richiedersi, debbono pervenire all'Ufficio Comunale di Mapello entro il 5 agosto 1931.

MONREALE (*Palermo*). — Scad. 90 giorni dal 1° mag.; per Pioppo; L. 9450 oltre L. 1500 trasp., decurtati del 12 %; età lim. 40 a.

MONSANVITO (*Ancona*). — Medico-chirurgo della 1ª condotta con incarico della direzione dell'Ospedale Civile. Stipendio annuo lordo L. 10.700. Caroviveri nella misura corrisposta agli impiegati del Comune e sino a conservazione. Indennità mezzi trasporto L. 3000 con cavallo o automobile, L. 2000 con motocicletta, L. 1000 con bicicletta. Aumento stipendio del decimo ogni quattro anni. Riduzione 12 % sugli emolumenti suindicati. Documenti di rito in bollo e legalizzati a sensi di legge, ed attestazione comprovante particolare competenza in chirurgia ed attitudine a dirigere un Ospedale. Scadenza 30 giugno 1931. Chiarimenti alla Segreteria comunale.

MONTECOSARO (*Macerata*). — A tutto 20 giu.; 1ª condotta e direz. Ospedale; L. 8000, 3 quadrienni dec. e c.-v., L. 500-1000-2500 trasp.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 1° mag.

PIAGGINE (*Salerno*). — Per Valle dell'Angelo; proroga a tutto 30 giu.

PISTOIA. *Amministrazione Provinciale.* — In seguito alla disposta revoca del concorso al posto di assistente della Sezione Medico-Micrografica indetto l'11 aprile u. s., è invece aperto il concorso al posto di coadiutore della Sezione medesima del Labor. Prov. di Igiene e Profilassi alle condizioni seguenti: stipendio annuo L. 10.500 aument. di sei decimi triennali; indennità di servizio attivo in L. 1900 annue e di caro viveri nella misura corrisposta dallo Stato ai proprii impiegati, nonchè il 15 % dei proventi ricerche e analisi di interesse privato. Gli anzidetti assegni sono soggetti alle ritenute di legge. Le domande in carta bollata di L. 3 unitamente ai prescritti documenti, l'elenco e modalità dei quali possono leggersi nel bando da richiedersi alla Segreteria, debbono pervenire alla predetta Segreteria della Provincia di Pistoia, non più tardi delle ore 12 del 4 luglio 1931.

ROMA. *Ministero della Guerra.* — È indetto un concorso per la nomina a 40 posti di tenente medico ed a 15 posti di tenente chimico-farmacista in servizio permanente effettivo nel R. Esercito. Possono parteciparvi i laureati che non oltrepassino i 32 anni di età (37 per gli ex combattenti). Il concorso è per titoli ed esami. Le domande ed i relativi documenti dovranno essere presentati ai Comandi dei Distretti Militari non oltre il 15 giugno, come da modalità contemplate nella circolare n. 229 del « Giornale militare » dell'8 maggio 1931.

SONDRIO. *Amministrazione Provinciale.* — Direttore della Sezione Medico-Micrografica presso il Laboratorio Provinciale di Igiene e profilassi. Stipendio annuo L. 15.000 oltre l'indennità di servizio attivo di L. 3000. Trattenute di legge. Scadenza 31 agosto. Richiedere spiegazioni alla Segreteria Provinciale.

STANGHELLA (*Padova*). — Scad. 30 giu.; L. 9000 fino a 1000 pov., addizion. L. 5. cavallo o autom. L. 3000, se uff. san. L. 700, ambulat. L. 600; alloggio e terreno dietro canone di L. 1200.

SUMIRAGO (*Varese*). — Scad. 20 giu.; L. 9000 e 5 quadrienni; indenn. uff. san.

TRENTO. *Ammin. Provinc.* — Direttore dell'Ospedale psichiatrico di Pergine; L. 17.800 e due quadrienni, oltre L. 5500 serv. att. Medico di sezione per detto; L. 11.600 oltre L. 2800 serv. att. Riduz. 12 %. Scad. ore 12 del 15 lug. Chiedere annunzi.

VISSO (*Macerata*). — A tutto 31 lug.; L. 8800 e 4 quadrienni di L. 800, oltre c.-v. e L. 2000 cavalc.; riduz. 12 %; età lim. 24-40 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 20 mag.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Sono trasferiti i proff.: Guido Guerrini, di patologia generale, da Modena a Padova; Bruno Polettini, di patologia generale, da Catania a Bari; Giuseppe Carlo Riquier, di clinica delle malattie nervose e mentali, da Bari a Padova.

Il prof. Luigi Castaldi, di anatomia umana a Cagliari, è nominato preside di quella Facoltà medica per il biennio 1930-31 e 1931-32.

Il dott. Giuseppe Stradiotti è abilitato alla libera docenza in semeiotica medica.

Il comm. prof. Augusto Cassuto, docente di Clinica Chirurgica delle Malattie urinarie nella R. Università di Roma, è stato nominato socio dell'« Association Française d'Urologie », su proposta del prof. Legueu. Rallegramenti.

Il prof. A. Schittenhelm, direttore della Clinica medica di Kiel, dopo molte esitazioni ha rinunziato all'offerta fattagli dalla Facoltà medica di Vienna, perchè occupasse il posto di Wenckebach.
La stessa offerta è stata avanzata al prof. P. Morawitz di Lipsia.

La cattedra di farmacologia di Marburgo, resasi vacante con l'andata a riposo del prof. A. Gürben, è stata offerta al prof. Max Baur di Kiel.

A Buenos Aires sono stati nominati direttori dell'Ospedale Militare, dell'Ospedale Muñiz e della Maternità dell'Ospedale Argerich i dottori Eugenio A. Galli, Carlos M. Pico e Manuel Luis Pérez.

NOTIZIE DIVERSE.

5° Congresso internazionale del "Collegium oto-rhino-laryngologicum".

È indetto a Bordeaux dal 19 al 22 luglio, sotto la presidenza del prof. Portmann. Relazioni: « Radiosensibilità dei tumori nelle diverse forme istologiche » (dott. Ledoux di Bruxelles); « Correlazioni dei reperti istologici con l'acuità uditiva » (dott. Guild di Baltimora). I lavori si svolgeranno nel grande anfiteatro della Facoltà di medicina. Lingue ufficiali saranno il francese, l'inglese e il tedesco; ogni comunicazione sarà seguita da un riassunto nelle altre due lingue. L'Italia non partecipa al Congresso; così pure, tra le nazioni neo-latine, il Portogallo, la Romania e tutti gli Stati dell'America meridionale e centrale.

Segretario generale è il prof. Benjamins di Groninga. Per eventuali informazioni rivolgersi al presidente, prof. Georges Portmann, Faculté de Médecine, Bordeaux.

2° Congresso internazionale sul reumatismo.

Si è tenuto a Liegi, sotto la presidenza del ministro dell'igiene; vi intervennero circa 200 congressisti e vi erano rappresentate 15 Nazioni.

Si è deciso che il prossimo Congresso avrà luogo a Roma nella prima metà del 1932 e che verrà trattato il tema: « I sintomi precoci del reumatismo ».

Congresso inglese d'igiene pubblica.

Come abbiamo annunziato, il « Royal Institut of Public Health » di Londra si è adunato dal 19 al 24 maggio su suolo germanico, a Francoforte, sotto la presidenza di lord Readinge, ex-vicerè delle Indie. Le varie Sezioni sono state tutte presiedute da studiosi tedeschi, in omaggio alla scienza germanica: Taute (medicina e igiene municipali), Weigert (abitazioni e piani regolatori), van Mettenheim (maternità, infanzia e salute pubblica), Brauer (tubercolosi), Kolle (batteriologia, patologia e biochimica); la segreteria generale venne affidata al prof. M. Neisser.

99° Congresso dell'Associazione Medica Britannica.

Si terrà quest'anno a Eastbourne dal 21 al 25 luglio, sotto la presidenza del dott. William G. Willoughby.

40° Congresso francese di chirurgia.

Il Congresso annuale dell'Associazione dei chirurgi francesi avrà luogo a Parigi, dal 5 al 10 ottobre, sotto la presidenza di O. Lambert, professore di clinica chirurgica alla Facoltà medica di Lilla. Temi: « Ulcere peptiche post-operatorie: patogenesi e trattamento » (Gosset di Parigi e Leriche di Strasburgo); « Trattamento chirurgico immediato delle fratture della gamba » (Roux di Montpellier e Sénèque di Parigi); « Le peritoniti da pneumococco » (Bréchot di Parigi e Nové-Josserand di Lione). Per prendere parte ai lavori occorre essere iscritti all'Associazione. Rivolgersi alla segreteria generale, rue de Seine 12, Paris (VIe).

7° Congresso francese di pediatria.

Il 7° Congresso dei pediatri di lingua francese si terrà a Strasburgo dal 5 al 7 ottobre, sotto la presidenza del prof. Rohmer. Temi: « Febbri alimentari » (Schaeffer, Corcan, Vallette, Mathieu, Chabrun); « Diagnosi e trattamento dei tumori cerebrali nel fanciullo » (Heuyer, Claire Vogt, Clovis-Vincent, Bertoye). Iscrizioni presso il segretario generale, Dr. Woringer, rue des Veaux 18, Strasbourg. Quota di 100 franchi, al tesoriere, Dr. Forest, avenue de la Paix 1, Strasbourg.

Associazione spagnola degli scrittori medici.

Si è costituita recentemente. Alla presidenza effettiva è stato chiamato il dott. José de Eleiacequio, dell'« España Médica »; segretario è stato nominato il dott. Juan Fernand-Pérez, dell'« Acción Sanitaria ».

Corso di perfezionamento in oto-rino-laringologia.

Un corso di tecnica operatoria e di terapia chirurgica nel bambino e nell'adulto, avrà luogo dal 16 al 26 luglio, presso la nuova Clinica oto-rino-laringologica della Facoltà medica di Strasburgo. Per informazioni rivolgersi al direttore, prof. Canuyt, Nouvelle Clinique Oto-Rhino-Laryngologique, Hôpital civil, Strasbourg, Francia.

Il 5° centenario del Collegio Farmaceutico di Roma.

Con grande partecipazione d'invitati, si è celebrato, nel refettorio e nella Chiesa di San Francesco in Miranda al Foro Romano, il cinquecentenario di fondazione del Nobile « Collegio aromatiarum ».

Parlarono il dott. Ruggeri, segretario del Sindacato farmacisti, l'on. Bodrero, commissario del Sindacato professionisti ed artisti, il prof. Pietro Fedele, che tenne il discorso ufficiale, l'on. Giordani, per il segretario del Partito, e il comm. Teofilo Mariani, presidente del Collegio.

Seguirono un concerto di musica sacra e la benedizione dei gagliardetti delle Sezioni.

Alla commemorazione aveva aderito anche il nostro periodico.

Ebbe poi luogo il Congresso del Sindacato nazionale fascista dei farmacisti. I lavori si svolsero attivi, nella sala delle Tre Venezie a piazza Rondanini.

All'Istituto Rockefeller.

È stato eretto un nuovo laboratorio che si apre sulla Sixty-Seventh Street di New York e che consta di due grandi edifizi, che comprendono 7 piani ciascuno. Vi sono state allogate 5 sezioni della Divisione di patologia e batteriologia; ad esse sono preposti i dottori: Karl Landsteiner, Peyton Rous, James B. Murphy, Florence R. Sabin e Wade H. Brown. Restano dei locali liberi per ulteriori sviluppi.

La Casa Imperatrice Federico a Berlino.

Ha celebrato il 25° anniversario la « Kaiserin-Friedrich-Haus » inaugurata a Berlino il 1° marzo 1906 e che è destinata al perfezionamento medico. Il direttore dell'Ufficio sanitario federale, dott. Hamel, che è anche presidente d'amministrazione della Casa, rilevò i servigi da questa resi nel campo della sanità pubblica; basti dire che vi si sono perfezionati quasi 8000 dei medici oggi esercenti, ossia un quinto dei medici della Germania. Il direttore, prof. Adam, espose gli sviluppi graduali della grande istituzione. Nei nuovi locali hanno trovato sede anche i quartieri generali di altri

Enti: la Commissione federale per la propaganda igienica, la Commissione federale per la lotta contro il cancro e il Museo d'Igiene di Dresda.

Legati ingenti.

La sig.na Ella Virginia Von Echtzel Wendel, appartenente ad una delle famiglie più ricche degli Stati Uniti, ha lasciato, morendo, una fortuna di circa 2 miliardi di lire it. Ha destinato più di 300 milioni all'Ospedale Flower, del Collegio Medico Omeopatico di New York; una somma uguale alla Casa San Cristoforo per bambini a Dobbs Ferry; un'altra somma uguale alla Società per la cura dei bambini storpi e deformi di New York; circa 50 milioni al Comitato Nazionale per la profilassi della cecità; circa 20 milioni all'Ospedale Presbiteriano di New York; altrettanti all'Associazione Ospedaliera di Dobbs Ferry.

Il francobollo antitubercolare in Italia.

La 1ª campagna pel francobollo antitubercolare ha ottenuto un grande successo: in 73 province venne esaurita la 1ª edizione, distribuita ai Consorzi in ragione di un libretto per ogni 7 abitanti. Questo successo si deve all'attività dei Consorzi e al generoso slancio della popolazione.

La Federazione it. naz. fascista per la lotta contro la tubercolosi ha provveduto ora alla ristampa. Ha anche distribuito largamente un opuscolo a colori e didascalie, che condensa in forma fantasiosa le finalità della lotta.

L'azione è dunque in pieno sviluppo.

Commemorazione della scoperta dell'insulina.

Per commemorare il decimo anniversario della scoperta dell'insulina, compiuta dai dottori Frederich G. Banting e Charles H. Best, di Toronto (Canadà), l'Università di Wisconsin (Stati Uniti) ha organizzato un corso sull'insulinoterapia, durato dall'11 al 18 maggio.

Il giornale dell'Associazione Medica Americana.

L'Associazione Medica Americana terrà il suo 82° Congresso dall'8 al 12 giugno in Filadelfia.

Per tale occasione sono stati allestiti numerosi rapporti, riguardanti le varie e complesse attività dell'Associazione.

Per quanto concerne il « Journal of the American Medical Association », che è il periodico medico più diffuso del mondo, risulta che nel 1930 la tiratura settimanale media ne fu di 97.056 copie; gli abbonamenti furono 93.705, il che segna una contrazione di 2515 rispetto al 1929, fatto ascrivibile alla crisi economica, la quale si fa sentire in America non meno che in Europa.

Commemorazione di Morgagni.

Il 24 maggio si è tenuta a Forlì la commemorazione di Giovan Battista Morgagni. L'occasione venne offerta dalla traslazione del monumento dal cortile del palazzo degli Studi, ove fu eretto nel 1876, nella più vasta e degna sede di piazza Morgagni.

La cerimonia, posta sotto il patronato del Capo del Governo, ha assunto speciale solennità. Vi intervennero il dott. Arnaldo Mussolini per il Partito, gli accademici Dionisi e Panzini ed altre spiccate personalità. Tra le adesioni erano quelle delle Università di Berlino, Cairo, Lipsia, Parigi ecc. Aveva aderito anche il nostro periodico.

Parlarono brevemente vari oratori; poi il sen. Messedaglia tenne il discorso ufficiale, in cui lumeggiò efficacemente la figura del padre dell'anatomia patologica. Infine le autorità e tutti i convenuti si raccolsero in piazza Morgagni, nella quale venne scoperto il monumento, cui mons. Pasini impartì la benedizione. Seguì la visita alla Mostra Morgagnana.

La Società It. di Storia delle Scienze med. e naturali e la Società medico-chirurgica di Romagna tennero l'annunziata seduta scientifica.

Un monumento a Cajal.

Gli studenti universitari madrileni hanno voluto rendere un omaggio al sommo istologo Ramon y Cajal, elevandogli un monumento, che è stato scoperto il 20 maggio, presenti il ministro della istruzione pubblica on. Domingo, il rettore prof. Cardenal, il direttore della Sanità dott. Pascua e molte altre personalità; parlarono il prof. Tello, successore di Cajal nella cattedra, il prof. Recasens, decano della Facoltà medica, il ministro ed altri; poi i convenuti — più di 3000 persone — si recarono all'Istituto Cajal, ove il ministro salutò lo scienziato che onora la Spagna.

La pletora medica in Francia.

La « Confédération des syndicats médicaux français » ha nominato una Commissione per studiare il fenomeno della pletora medica ed avvistare i rimedi.

I risultati definitivi del censimento del 1928 danno 38.380 medici, contro 16.480 nel 1901: ossia in 27 anni il numero è aumentato del 78 %, mentre la popolazione è aumentata di 2 milioni, ossia solo del 2 %.

I medici in Australia.

Nel 1930 si contavano in Australia 5120 medici, dei quali 4270 membri dell'Associazione Medica Britannica. Ciò equivale a 87 medici ogni 10.000 abitanti: proporzione alta, ma superata dall'Inghilterra (111.4), dall'Austria (113.9) e dagli Stati Uniti (126.6).

Misure sanitarie in occasione della Mostra coloniale di Parigi.

Com'è noto, il 1° maggio venne inaugurata a Parigi una Mostra coloniale, ove figurano anche numerosi indigeni.

In tale occasione il ministro dell'igiene ha emanato un'ordinanza, diretta ad impedire l'importazione di malattie. Ogni indigeno dev'essere fornito di un libretto sanitario. Prima dell'imbarco, deve aver subìto una visita medica, che escluda malattie contagiose in atto; deve anche aver subìto varie vaccinazioni: contro il vaiolo, le infezioni tifiche-paratifiche, il colera, la peste e la polmonite; deve aver subìto lo spidocchiamento, la cura della scabbia e una cura antielmintica. Durante la dimora in Francia ogni indigeno viene sottoposto a visite periodiche mensili. Sul libretto sanitario si annotanò tutte le sue vicende sanitarie: malattie, ospedalizzazioni, contatti. Egli viene seguìto anche al ritorno, fino allo sbarco.

La giornata di otto ore per le infermiere inglesi.

In conformità alle direttive generali del Partito del Lavoro, un deputato ha presentato al Parlamento inglese un progetto di legge che stabilirebbe la giornata di 8 ore per le infermiere.

Il « College of Nursing », il quale comprende 28.000 infermiere, ha protestato energicamente contro questo progetto, considerato degradante per la professione in quanto che questa verrebbe assimilata ai mestieri.

È certo che la professione d'infermiera non impone un lavoro continuativo e non è molto gravosa; quindi non si vede la necessità di limitare ad 8 il numero delle ore di lavoro. D'altra parte, l'innovazione farebbe elevare il costo dell'assistenza infermiera proprio mentre gli ospedali si dibattono tra le difficoltà finanziarie.

Responsabilità per mancato internamento in manicomio.

Un paziente ricoverato nell'Ospedale per psicopatici delle Basse-Alpes (Francia), era stato dimesso come guarito; ma dopo qualche tempo egli dette manifestazioni di eccitamento e di delirio di persecuzione. Il sindaco informò inutilmente il prefetto della necessità di procedere ad un nuovo internamento. Poco dopo, il paziente uccideva un vicino. La vedova e l'orfana di questo hanno intentato causa contro il Ministero dell'interno, il quale scaricò la responsabilità sul Ministero della sanità. La causa non procedeva; ma essa venne portata innanzi al Consiglio di Stato, il quale ha condannato il Ministero dell'interno a corrispondere all'orfana un indennizzo (pari a 15.000 lire it.) ed alla vedova una pensione (pari a 3000 lire it. annue).

Autopsia non autorizzata.

La vedova di un operaio, morto cadendo da un'impalcatura di 6 metri incirca d'altezza, negli Stati Uniti, ha intentato causa contro la Società assicuratrice, perchè questa ha fatto eseguire una autopsia non autorizzata, dalla quale risultò che l'operaio soffriva di miocardite cui venne attribuita la morte. Ciò portava ad escludere ogni indennizzo.

La Corte di circuito prima, la Corte d'appello del Kentuky poi, hanno dato piena ragione alla Società assicuratrice. La sentenza della Corte d'appello osserva che la legge non si preoccupa di accertare il modo con cui viene raggiunta una prova, anche se tale modo è illegale e fraudolento, a meno che non tenda a scopi criminosi. D'altra parte, la Costituzione nord-americana garentisce le persone, gli averi, le carte ed il domicilio; ma un cadavere non può farsi rientrare in nessuna di queste categorie.

(Dal « Journ. A. M. »).

Infortuni di sanitari.

Il dott A. Gatti, capitano medico dell'infermeria presidiaria di Cava dei Tirreni, è stato investito da un carro e ferito piuttosto gravemente. Auguri di pronta e completa guarigione.

È morto a Palermo il prof. LUIGI CACIOPPO, che fu aiuto di clinica dermosifilopatica con Philippson e attualmente lo era con Tommasi; nell'intervallo gli fu affidato l'incarico dell'insegnamento. Era un valente studioso e professionista.

P.

Indice alfabetico per materie.

V. Ascoli †, Red. capo. A. Pozzi, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXVIII Roma, 15 Giugno 1931 - IX Num. 24

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI †

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPIZIO UMBERTO I PER TUBERCOLOSI IN ROMA PRESSO L'OSPEDALE DI S. GIOVANNI IN LATERANO

Primario: prof. GAETANO LAURENTI.

Un caso di emorragia meningea essenziale in un soggetto in cura pneumotoracica.

per il dott. ANTONIO BONADIES, aiuto.

Mi pare degno di pubblicazione un caso che mi occorse di seguire al III Padiglione dell'Ospizio Umberto I e che mi permetterà di fare delle considerazioni cliniche forse non trascurabili nello studio di questa poco comune entità morbosa.

Nella R., sarta, di anni 21, da Roma. Il padre e la madre sono tutt'ora viventi e godono buona salute. Un fratello e una sorellina stanno bene. Non pare vi sia una tara tubercolare degna di nota nei famigliari.

Uno zio paterno della nostra malata è morto in manicomio per una malattia che la P. non mi sa precisare.

Nell'anamnesi personale remota nulla da segnalare all'infuori delle comuni malattie esantematiche. La fanciullezza e l'adolescenza hanno avuto decorso normale.

Nel gennaio del 1927 la P. fu investita da un'automobile e gettata violentemente a terra battendo il capo. Fu ricoverata in evidente stato di chok traumatico all'Ospedale della Consolazione dove rimase degente per 4 giorni. Durante la degenza ospitaliera nulla di notevole fu segnalato all'infuori di uno stato di confusione mentale che andava peraltro man mano attenuandosi fino a scomparire completamente. Condotta a casa le condizioni della p. andarono sempre più migliorando fino a scomparsa completa di ogni fatto patologico dopo una quindicina di giorni. Durante tutto questo periodo per così dire post-traumatico non furono mai notati fenomeni di irritazione meningea (cefalea, rigidità della nuca, ecc.).

Dopo circa venti giorni la p. potè ritornare al suo lavoro abituale.

Nel gennaio del 1928 cominciò ad avere tosse scarsa con scarso espettorato e modiche elevazioni febbrili; nel contempo la paziente notava un certo deperimento delle sue condizioni di nutrizione e una diminuzione dell'appetito.

Nel febbraio del 1928 emottisi non molto abbondante che cessò in poco tempo e non ebbe conseguenze apprezzabili. Nell'aprile dello stesso anno e cioè dopo due mesi altre emottisi a cui tenne dietro uno stato di più grave deperimento

e febbri a tipo continuo (38°,5-38°) poi continuoremittente.

Accertate delle lesioni a tipo ulcero caseose del polmone destro, la paziente fu sottoposta a collassoterapia.

Il regolare andamento dello pneumotorace non le impedisce però di avere ancora una terza abbondante emottisi con ripresa febbrile. In queste condizioni non potendo più essere contiuata la cura domiciliare la paziente viene ricoverata in ospedale (alla data del ricovero è al 7° rifornimento pneumotoracico).

Esame obiettivo. Condizioni generali discrete. Buona nutrizione. Sanguificazione un po' compromessa: polso piccolo, frequente (90), ma ritmico. Respiro un po' frequente (25).

Torace. Nessuna nota patologica a carico dell'emitorace sinistro.

A destra segni di pneumotorace: il polmone però non appare collassato in totalità. Alla percussione si avverte ipofonesi nella fossa sopraspinosa e interscapolo-vertebrale dove si ascoltano rantoli umidi a piccole e medie bolle con respiro debole. Alla base e sul resto dell'ambito polmonare ipofonesi timpanica e abolizione del respiro.

Cuore leggermente spostato verso sinistra. Toni netti su tutti i focolai di ascoltazione e assenza di soffio.

Addome. Trattabile e indolente in tutti i settori; fegato e milza nei limiti fisiologici.

Nessuna nota patologica a carico degli altri segmenti dell'organismo all'infuori di uno strabismo convergente a destra che la p. afferma di avere da bambina e che le dà alcun disturbo.

L'esame radioscopico praticato il 23 settembre 1928 dà: P. D. Segni di pneumotorace parziale con aderenze in alto e lateralmente.

Il lobo superiore è il meno collassato. Il lobo inferiore è completamente collassato e non aderisce alla parete toracica.

Il diaframma è risalito in alto.

P. S. Nulla di notevole.

Cuore leggermente spostato a sinistra.

L'esame dell'espettorato è positivo per il b. di Koch.

L'esame dell'orina è negativo per l'albumina e glucosio. Nulla nel sedimento.

Diario clinico. Si sottopone la paziente a cura ricostituente energica e iniezioni endovenose di cloruro di calcio.

Si prosegue lo pneumotorace usando pressioni positive per vincere le aderenze che ostacolano il collasso del lobo superiore. Difatti dopo qualche mese tali aderenze si assottigliano e allungano fino a divenire filiformi e permettere il collasso completo del polmone rilevabile all'esame clinico e radioscopico.

Nel contempo le condizioni generali sono notevolmente migliorate.

Il polmone controlaterale è sempre indenne da lesioni specifiche.

Nulla di notevole vi è da segnalare nel periodo di tempo che va fino al febbraio 1929: non febbre, tosse modica con scarso espettorato, buon appetito, buone le condizioni generali di nutrizione e sanguificazione.

Il 18 febbraio 1929 improvvisamente alle ore 19,30 (dopo essere rimasta per un po' esposta al sole durante il pomeriggio) la p. viene colta da fortissima cefalea, obnubilamento della vista e perdita delle forze. Si appoggia alle compagne per non cadere per terra e da queste viene portata a letto. Lo stato di ottundimento della memoria e la perdita delle forze va sempre più accentuandosi fino alla perdita completa della coscienza. Durante la notte ogni tanto vomita, emette qualche grido e accusa un'insopportabile cefalea.

L'esame obiettivo praticato il giorno dopo dimostra una malata in condizioni generali gravi e in stato subcomatoso. Quando la paziente viene scossa e insistentemente interrogata sulle sue condizioni di salute non fa che accennare alla fortissima cefalea.

Decubito sul fianco sinistro con arti inferiori disposti a cane di fucile (coscie fortemente flesse sull'addome e gambe flesse sulle cosce). Rigidità completa della nuca. Pupille uguali e miotiche bilateralmente. Nessun reperto patologico a carico dei nn. cranici.

Riflessi patellari e achillei presenti e uguali d'ambo i lati.

Babinski assente bilateralmente. Ritenzione completa delle urine e delle feci.

(Nessun disturbo della sensibilità è possibile rilevare dato lo stato psichico della paziente).

Si pratica una puntura lombare che dà esito ad un liquido uniformemente ematico a pressione + 20 + 25 misurate al manometro di Claude. Si estraggono 20 cmc. di liquor. Il liquido ottenuto, lasciato in riposo non coagula; il giorno dopo al fondo della provetta si vedono raccolti i globuli rossi: ma non vi è coagulo.

21 febbraio. Le condizioni generali persistono gravi. Persiste lo stato sub-comatoso. L'atteggiamento è come nei primi 9 giorni: arti inferiori a cane di fucile: rigidità della nuca.

Si pratica una seconda puntura lombare che dà esito ancora a liquido sotto forte pressione (20 + 22 Claude) nettamente e uniformemente ematico: il sangue contenuto nel liquido neanche questa volta accenna a coagulare.

W. R. negativa. Nonne positiva.

Persiste la ritenzione d'orina.

Alvo dopo tre giorni ancora chiuso; un'abbondante clisma di acqua e glicerina riesce inefficace.

23 febbraio Condizioni generali sempre gravi. Però lo stato della paziente è meno ottuso dei giorni precedenti: persiste la cefalea intensissima, però la malata è in condizioni di inghiottire i liquidi che le vengono somministrati, nulla si rileva a carico dei nervi cranici.

Persistono sempre con la stessa intensità i fenomeni d'irritazione meningea (rigidità della nuca, contrattura in flessione degli arti inferiori).

Persiste la ritenzione dell'urina.

L'alvo può essere vuotato con minori difficoltà dei giorni precedenti.

25 febbraio. Persiste il quadro dei giorni precedenti pressochè immutato con qualche leggero miglioramento del sensorio che appare meno ottuso.

Si è aggiunto però una paralisi del n. facciale di destra con lagoftalmo e un arrossamento della congiuntiva oculare. La sensibilità del trigemino grossolanamente saggiata per quanto ci è permesso dallo stato di coscienza della paziente non risulta alterata. Nessun disturbo dell'acustico.

1° marzo. Le condizioni generali sono ancora un po' migliorate in rapporto ai giorni precedenti.

Il sensorio appare un po' più vigile, la paziente interrogata sul suo stato di salute è capace di rispondere e dire di sentirsi meglio.

I fenomeni di irritazione meningea sono alquanto diminuiti di intensità: usando molta cautela è possibile far compiere alla paziente qualche movimento limitato di flessione ed estensione della testa. Persiste l'atteggiamento delle gambe a cane di fucile.

Persiste ed è netta la paralisi del n. facciale con lagotalmo. La congiuntiva è sempre fortemente iniettata di sangue, la cornea è opacata; si nota anche qualche segno di cheratojpopion. Oculomozione normale. Nessun disturbo del n. acustico.

La lingua può essere normalmente protusa fuori della bocca. Palato molle normale, la cefalea è notevolmente diminuita.

5 marzo. Il miglioramento delle condizioni generali continua progressivamente, la paziente ha potuto assumere il decubito supino con le gambe estese sulle coscie e le coscie sul bacino. La forza muscolare degli arti inferiori è ancora molto scarsa tanto che la malata non è in grado di sollevare che di appena pochi centimetri i talloni dal piano del letto: le gambe così sollevate ricadono subito sul letto.

I riflessi patellari e achillei sono deboli bilateralmente.

Babinski assente.

Anche la forza degli arti superiori è notevolmente diminuita.

La rigidità della nuca sebbene diminuita è però presente e si mette in evidenza con le manovre di Kernig e di Brudzinski.

7 marzo. Le condizioni generali tendono sempre verso un più cospicuo miglioramento.

Si esegue un'altra rachicentesi che dà esito a liquido xantocromico a pressione notevolmente alta. Si estraggono circa 50 cmc. di liquor.

Wassermann R. nel liquor: negativa.

Reticolo di Mya: assente.

13 marzo. Dopo 25 giorni dall'inizio di questo quadro morboso meningeo la paziente appare in condizioni di notevole miglioramento e si avvia gradualmente verso la guarigione. Il sensorio è tornato vigile. Il decubito è indifferente. Non si apprezza più alcuna contrattura della nuca (non Kernig nè Brudzinski).

I riflessi patellari e achillei sono sempre deboli d'ambo i lati.

Assente il Babinski.

Anche la paralisi facciale tende alla risoluzione in quanto si apprezza già qualche movimento dei muscoli mimici. Vi è ancora un leggero opacamento della cornea e una notevole congestione della congiuntiva per effetto del lagoftalmo ancora persistente.

Bene si compiono le funzioni della vescica e del retto.

Appetito un po' scarso, leggero dimagramento e anemia.

20 marzo. Nulla di nuovo da segnalare. La paresi del facciale tende verso la risoluzione completa.

Si misura la pressione arteriosa con l'oscillometro di Vaquez-Laubry e si ottiene: P. Mx. 100; P. Mn. 80.

La R. di Wassermann nel sangue è negativa.

30 marzo. Nulla di nuovo da segnalare. Persiste ancora debolezza generale.

Lievi segni ancora della paresi del n. facciale.

12 aprile. Miglioramento cospicuo, la paziente può levarsi dal letto e camminare, la paresi del facciale è completamente risolta.

20 aprile. Un esame obiettivo completo dimostra la completa *restitutio ad integrum* di tutte le funzioni del sistema nervoso. Riprende la cura pneumotoracica interrotta all'insorgere del quadro nervoso.

In tutto il periodo di tempo in esame mai si ebbe febbre.

Ho rivisto la paziente a distanza di un anno e mezzo dall'uscita dall'ospedale e l'ho trovata guarita.

Di fronte ad un soggetto portatore di una lesione tubercolare nel polmone, che viene colto come nel nostro caso, da sintomi meningei così imponenti come rigidità della nuca, cefalea grave, contrattura notevole di tutti i muscoli del corpo e particolarmente degli arti inferiori, nessun medico avrebbe esitato di primo acchito a mettere con la più grande probabilità la diagnosi di meningite tbc.

Nè bastava in una simile circostanza la considerazione della maniera brusca d'insorgere del quadro morboso, visto che la meningite tubercolare può insorgere in tante maniere e assumere il più svariato decorso.

Difatti a seconda dell'età dell'ammalato, della prevalenza di un sintomo o di un gruppo di sintomi, della sede della lesione, del modo di propagarsi dell'affezione, della durata della malattia ecc., sono state distinte dagli AA. numerose varietà cliniche di m. t. di cui le principali sono: la eclampsica, l'emiplegica, la soporosa, la comatosa, la delirante, l'idrocefalica, la tetanica, la coreoatetosica, la tifoidea, la latente, la protratta, l'accelerata, l'apoplettica ecc. Non contrastava quindi con i dati della patologia la primitiva diagnosi fatta nel nostro caso di meningite tubercolare comatosa ad insorgenza brusca, apoplettica.

Fu solamente la puntura lombare che obbligò a cambiare strada avendo dato esito a liquido uniformemente ematico, non coagulabile. Una seconda rachicentesi eseguita il giorno dopo dette l'identico risultato della prima e ci convinse come la diagnosi di meningite si dovesse cambiare con quella di emorragia meningea.

La positività della reazione di Nonne che normalmente rappresenta l'espressione di uno stato infiammatorio delle meningi cerebrali,

perdeva completamente del suo valore nel nostro caso potendo e dovendo rappresentarsi l'aumento delle globuline al sangue che era commisto al liquor estratto con la puntura.

Però se è stato relativamente facile arrivare alla diagnosi nel caso nostro dopo la rachicentesi (e si sa che, dopo che in neurologia è stata introdotta sistematicamente la rachicentesi, le emorragie meningee hanno perduto del loro carattere di rarità) non è stato ugualmente facile spiegarsi la causa o le cause che hanno potuto determinare questa evenienza morbosa.

Esaminiamo un po' particolarmente questa importante questione chiedendoci: come può manifestarsi una emorragia meningea?

Per rispondere alla domanda è opportuno distinguere due gruppi fondamentali di e. m.:

1) Emorragie meningee da trauma;

2) Emorragie meningee così dette essenziali.

La patogenesi delle prime è nota per i numerosi lavori di chirurgi e non è quindi il caso di diffondersi a parlare di essa.

Dirò solamente che queste emorragie traumatiche possono verificarsi se vi è frattura del cranio e senza frattura. Se vi è frattura il meccanismo della lesione vasale è noto: è il margine dell'osso fratturato che lede il vaso sanguigno. Questa lesione vasale sarà più facile, e ciò è ovvio, quando l'arteria decorra in una scanalatura dell'osso, come succede dell'arteria meningea media tanto frequentemente lesa nelle fratture della volta e della base del cranio.

In tutti questi casi il versamento ematico sarà extradurale e non diverrà sottodurale se non quando la dura meningea verrà anch'essa lacerata.

Se non vi è frattura delle ossa del cranio il vaso si può egualmente rompere e allora vi è da richiamare il meccanismo dello strappamento traumatico del vaso sia che il trauma si esplichi dalla parte stessa della lesione sia che la lesione si determini dalla parte opposta al punto di applicazione della violenza, nel qual caso si parla di meccanismo di contraccolpo. Nell'un caso o nell'altro può essere colpito o un vaso di calibro notevole (a. basilare a. meningea media, seno longitudinale, seno trasverso ecc.) o piccoli vasi venosi.

L'effetto è sempre identico: choch traumatico più o meno grave che maschera quasi totalmente i segni del versamento sottodurale, a meno che questo non sia molto cospicuo perchè allora, se non sopravviene la morte, i segni della compressione cerebrale si manifestano dopo cessati gli effetti dello choch.

Quando un'e. m. si determina indipendentemente da qualsiasi insulto traumatico allora si parla di e. m. essenziale. In tal caso le lesioni vasali sono alla base della malattia: ma quali sono i fattori che la provocano?

Si sa come la lues predisponga a queste lesioni vasali; molti AA. occupandosi dell'argomento ritengono che il più delle volte si tratta di aneurismi di grosse arterie com'è l'a. basilare. Le lesioni possono essere unilaterali o bilaterali. Alcuni AA. danno valore alle lesioni simmetriche per ammettere la natura luetica. Le rotture arteriose talora sono minime di uno o due millimetri. Colpiscono per lo più l'a. basilare ma possono colpire qualunque altro vaso: vi è però una netta predilezione per le grosse arterie.

Oltre alla lues anche l'arteriosclerosi viene chiamata in causa molto spesso nel determinismo di quest'affezione meningea.

Anche l'abuso di alcoolici è stato preso in grande considerazione come momento patogenetico delle lesioni vasali.

Non bisogna dimenticare in questa ricerca delle possibili cause dell'e.m. il ruolo che assumono le infezioni generali come il tifo, l'influenza, il vaiuolo, la scarlattina ecc., sia per l'azione congestionante che alcune di esse hanno nella circolazione meningeo-cerebrale, sia per le lesioni vasali che determinano e che possono predisporre le arterie a rotture spontanee.

Il Manini ha comunicato alla Società Med. Chir. Bellunese due casi di emorragie meningee avvenute in seguito ad influenza. Ambedue questi casi furono ricoverati in ospedale con diagnosi di meningite tubercolare. Solo il decorso ulteriore e la rachicentesi chiarirono poi il diagnostico.

Un altro caso comunicato pure dallo stesso autore si riferiva ad un soggetto affetto da porpora emorragica. Ecco quindi che tra le cause in esame dobbiamo annoverare la grande classe delle diatesi emorragiche prese in senso lato.

Tutte queste affezioni che abbiamo enumerate agiscono in vario modo sui vasi meningo-cerebrali determinando una lesione di essi e quindi una fragilità vasale responsabile dell'e. m. Ma oltre a lesione vasale l'e. m. può anche essere riportata ad un abnorme aumento di pressione nel grande circolo: ipertensione essenziale (luetica o no), ipertensione arteriosclerotica, ipertensione di lesione renale cronica ecc.

Determinati medicamenti introdotti nel torrente circolatorio sono capaci di creare anch'essi delle condizioni di iperemia meningea con conseguente emorragia. Tale è il caso comunicato da Berri al Congresso Sanitario degli Ospedali Civili di Genova nell'aprile 1930, di emorragia sottoaracnoidea di tipo algido insorta in un giovane di anni 31 affetto da asma bronchiale, successivamente ad una iniezione di un preparato a base di efetonina e di adrenalina che aveva provocato una intensa reazione di tipo adrenalinico. È vero che in questo caso l'A. attribuisce al medicamento il valore di una causa occasionale ma non si può fare a meno di rilevare l'importanza di essa anche ammettendo che questa causa abbia agito su di un terreno vasale abnormemente fragile per fattori costituzionali o acquisiti, fattori peraltro la cui entità riesce difficile precisare.

Può la tubercolosi creare delle lesioni vasali capaci di determinare un'e. m.? Certamente. La tubercolosi come colpisce tutti gli altri tessuti dell'economia può colpire anche le arterie. Tali lesioni tubercolari si esplicano generalmente in due maniere: o determinando un'arterite produttiva obliterante con effetti ischemici sull'organo irrorato; oppure dando luogo ad un'arterite circoscritta a carattere distruttivo caseoso. In questo secondo caso l'arteria presenterà su un punto della sua parete una minorata resistenza in corrispondenza del quale può eventualmente determinarsi una rottura e quindi un'emorragia. Vista così la lesione anatomo-patologica, si deve logicamente pensare che se questa rottura vasale si esplica nel territorio dei vasi meningei è naturale che col sangue si spargeranno sulle meningi anche bacilli di Koch e quindi l'e. m. non potrà non essere accompagnata dal quadro di una meningite tubercolare.

Oltre alle cause enumerate fin qui e che hanno valore di cause efficienti sul determinismo delle emorragie meningee, dobbiamo anche enumerare le cause occasionali che all'e. m. possono condurre. Queste sono rappresentate da tutte quelle condizioni che producono un aumento temporaneo della quantità di sangue nel circolo meningeo-cerebrale con aumento quindi della pressione nel circolo stesso. Tali stati congestivi possono essere dati da infezioni acute, dall'azione del caldo (colpo di sole), da spostamento di masse sanguigne verso il capo per azione di un bagno freddo, da azioni vasomotorie endocrine (insufficienza ovarica da menopausa), da pasti troppo copiosi, ecc. Gli aumenti di pressione endocranici possono essere inoltre determinati da tutte le espirazioni forzate rapide che impediscono lo scarico del sangue dalla testa (tosse, starnuto, defecazione ecc.) o da espirazioni lente prolungate (donne in periodo di parto, soffiatori di vetro, suonatori di strumenti a fiato, ecc.).

Enumerate così tutte le possibili cause di e.m. che è stato possibile trovare nella letteratura, vediamo quale meccanismo patogenetico dobbiamo invocare nel nostro caso. A me pare che la tbc. non sia da richiamare in causa nella fattispecie perchè se vi fosse stato un focolaio distruttivo tubercolare di un vaso meningeo o cerebrale, accanto alla emorragia, come già ho detto, non sarebbe mancata una diffusione di bacilli nel sacco aracnoidale con conseguente meningite tubercolare. Mancata questa si può escludere l'origine tubercolare di questa emorragia.

Mi pare che si possa escludere anche la lues e per l'anamnesi assolutamente negativa e per la negatività degli esami sierologici sia del sangue che del liquor. Anche l'etilismo è da escludere perchè la p. è astemia. La giovane età, lo stato delle arterie periferiche permettono di escludere anche l'arteriosclerosi che sarebbe stata peraltro eccezionalmente precoce, nè vi era traccia di ipertonia essenziale e d'altro genere in quanto la misura della pressione eseguita con l'oscillometro di Pachon dette cifre normali (P. Mx 100 P. Mn. 86). Parimenti si possono eliminare le cause dovute a medicamenti ipertensivi di cui la p. non faceva uso, le infezioni acute congestionanti e le diatesi emorragiche.

La p. era in cura di Pnx per lesione ulcerosa del polmone.

Può lo pneumotorace creare in tesi generale dei disturbi meccanici circolatori tali da modificare la circolazione endocranica fino al punto da determinare un'e.m.? Si può rispondere senz'altro di no, sia considerata la cosa dal lato dottrinale sia considerandola dal lato dell'esperienza clinica. Lo studio della meccanica circolatoria e respiratoria esclude qualsiasi influenza dello pneumotorace sulla circolazione cerebrale, nè la clinica ha mai dimostrato nel corso della collassoterapia edemi, varici, segni di congestione da mettersi comunque in rapporto con la modificata circolazione polmonare. Possiamo quindi escludere in modo sicuro qualsiasi influenza dello pneumotorace sull'insorgenza dell'e. m. nella nostra paziente.

Eliminate così tutte le cause enumerate e dovendo attribuire alla tosse (questo era l'unico fenomeno esistente seppure in grado lieve) il ruolo di causa occasionale, non ci resta che prendere in considerazione il trauma cranico di cui la p. ebbe a soffrire nel 1927 quando fu investita dall'automobile. Può questo dato avere qualche valore nel nostro caso? A me pare di si: anzi credo che l'importanza che esso assume sia superiore a una prima superficiale supposizione. Secondo il mio modo di vedere la successione dei fatti dev'essere intesa nel senso che il trauma ha determinato in un'arteria cerebrale una rottura della parete con formazione di un aneurisma spurio traumatico. Tale aneurisma è rimasto senza dar segno di sè per circa due anni finchè poi, o per colpi di tosse troppo forti che hanno messo a dura prova la sua resistenza o per condizioni di minorata resistenza in rapporto con la malattia generale, o infine, per altre cause occasionali che possono essere sfuggite al nostro esame, non si è rotto, determinando quell'emorragia meningea che si è svolta col quadro a cui noi abbiamo assistito. Questo meccanismo patogenetico mi appare logico pur non essendo naturalmente esente da critiche per il suo carattere di semplice ipotesi non suffragata da alcun dato anatomico. Non accogliendo questa spiegazione logica da me proposta e che, per lo meno ha il merito di non contrastare con le leggi fondamentali della patologia generale, non potremo trovare alcun altro dato che ci dia luce sulla successione degli avvenimenti patologici.

Sintomatologia. Non è facile in questo campo tracciare un quadro sintomatologico a confini netti e determinati. (Resta bene inteso che dalla rassegna che segue sono escluse quelle emorragie meningee traumatiche le quali sono di spettanza più nettamente chirurgica e la cui descrizione è facile trovare in qualsiasi trattato di chirurgia cranio-cerebrale). Qui parleremo solo delle emorragie meningee diffuse.

Classica è la cefalea più o meno grave: vi può essere vomito o no: può aversi coma vero e proprio o solamente uno stato di stordimento d'intensità diversa. In generale si nota uno stato di risoluzione muscolare totale: in qualche caso furono notate convulsioni.

Lo stato delle pupille è variabile dallo stato normale alla midriasi, talora appaiono segni di localizzazione anche in pazienti in cui all'autopsia si notò trattarsi di pura emorragia meningea, senza interessamento della sostanza cerebrale.

La febbre, l'albuminuria, la glicosuria possono esistere ma non sono costanti.

Circa i sintomi classici di meningite (Kernig, rigidità nucale, ecc.) essi talora esistono nettissimi, talora mancano del tutto e si hanno tutti i casi intermedi.

Anche i riflessi hanno un comportamento vario. Il Babinski è incostante.

Il liquido cefalo-rachidiano fuoriesce sotto pressione ed è, come ben s'intende, emorragico.

La paralisi del n. facciale a tipo periferico che si è avuta nella nostra paziente non è stata riscontrata dagli altri AA.

Dal prevalere di un sintomo rispetto agli altri si distinguono varie forme di malattia; così gli AA. parlano di una *forma dolorosa*, una *forma comatosa*, una *forma demenziale* e una *forma con torpore e contratture.*

Vi sono poi delle forme di emorragia meningea in cui il corteo dei sintomi è quanto mai vago e la cui gravità è molto limitata, tanto che i pazienti possono persino accudire alle loro abituali occupazioni senza essere costretti anche a letto. In quest'ultima evenienza si parla di forme *fruste* e *latenti.* Nel caso già citato dal Borri di un'e. m. in soggetto asmatico dopo iniezioni di adrenalina il soggetto, pur essendo in preda a cefalea, impaccio nei ricevimenti e rigidità, potè rimanere in piedi e nei momenti di remissione della sintomatologia potè persino attendere alle sue non lievi occupazioni di conducente di automobili.

Diagnosi. — Con la presenza dei sintomi suddetti la diagnosi non è fattibile se non soccorre la puntura lombare. Solo il rinvenire liquido ematico nello speco vertebrale autorizza la diagnosi; il quadro sintomatologico non può che farlo sospettare.

P. Phinizy Calhoum fa rilevare che si deve sospettare l'emorragia spontanea subaracnoidea in presenza dei seguenti segni e sintomi: persona di mezza età, con un attacco che dà l'idea di un'apoplessia ingravescente accompagnata da cefalea grave, con sintomi meningei.

Se vi sono fenomeni di localizzazione cerebrale il quadro morboso può essere confuso con quello di un'emorragia cerebrale tanto più che nè al Babinski nè alla presenza di sangue nel liquor si può dare un valore differenziale assoluto. Questi casi sono talora di diagnosi così difficile che la risoluzione del problema può avvenire soltanto alla necroscopia.

Non mi soffermerò molto a dire della meningite tubercolare e come essa può venire

confusa con emorragia meningea e per la maniera di insorgere, e per il decorso successivo e per i sintomi di irritazione meningea che sono i più spiccati e che sono comuni ai due quadri morbosi. E' tale l'analogia sintomatologica fra le due malattie che si può affermare che in ogni caso in cui vi siano segni di meningite bisognerebbe sospettare l'emorragia meningea per poterla escludere. E come poi, nello stabilire la diagnosi, non si debba dare eccessivo peso alla presenza di tubercolosi sugli altri organi al momento dell'esame, è dimostrato all'evidenza dal caso che forma oggetto della presente nota e in cui si è visto come la tubercolosi polmonare è rimasta estranea al quadro dell'e. m.

Un quadro morboso che non va trascurato in tema di diagnosi differenziale è quello della pachimeningite interna emorragica. E' ormai nota l'essenza anatomo-patologica del processo, e si sa dopo Virchow che è la pachimeningite che precede l'emorragia e non la emorragia la pachimeningite. Si sa anche come la malattia si riscontra in individui predisposti per alcoolismo cronico, demenza paralitica, diatesi emorragica, anemia perniciosa, ecc. Anche ai traumi cranici è stata da taluni data una certa importanza. Secondo Fumarola la sintomatologia varia a seconda della entità del processo morboso, della gravità dell'emorragia e della rapidità di costituirsi di essa. Così si va dai casi che rappresentano reperto accidentale di autopsia a casi ad insorgenza brusca a tipo di emorragia cerebrale.

Nella maggioranza dei casi predominano i fatti di irritazione meningea. Non mancano fenomeni di compressione cerebrale. Per lo più il decorso delle malattie è cronico con alternative di miglioramenti e peggioramenti fino alla morte. Anche la guarigione è possibile.

Passando al nostro caso parecchi elementi ci portano ad eliminare la pachimeningite emorragica. Mancano quelle condizioni di predisposizione accennate di sopra, come demenza paralitica, alcoolismo cronico ed altre malattie esaurienti.

Vi è bensì il trauma, ma a questi elementi ormai numerosissimi AA. negano qualsiasi valore di causa determinante o quanto meno gli assegnano solamente la capacità di svelare una pachimeningite in atto non di provocarla. Ma poi nel nostro caso se il trauma avesse determinato l'insorgenza di una pachimeningite, questa non avrebbe potuto rimanere senza dare segni di sè per più di due anni e poi improvvisamente determinare un'emorragia così imponente come si è verificato nel nostro soggetto: nè avrebbe potuto non dare fatti di compressione cerebrale o almeno disturbi di ipertensione endocranica. Ciò è mancato completamente. Eppoi, fatto importante, dopo l'attacco avvenuto in ospedale la p. è guarita completamente e non ha avuto più disturbi: nè oggi, a distanza di due anni dall'episodio morboso che ci occupa, si riesce a trovare traccia di questa pachimeningite. Ciò che è estremamente raro a verificarsi.

Basta appena nominare, per escludere le meningiti basali luetiche, le meningiti acute cerebro-spinali epidemiche e le meningiti diplococciche postpneumoniche.

La distinzione fra i fenomeni di meningismo che accompagnano determinate malattie infettive ed emorragie meningee può essere fatta anch'essa con relativa facilità anche senza ricorrere in ogni caso alla puntura lombare la quale peraltro ha un valore assolutamente decisivo.

Prognosi. — La prognosi dell'e. m. è gravissima; nella grande maggioranza i casi descritti dagli AA., sono stati seguìti da morte. La morte, come si può ben comprendere, può essere fulminea o sopravvivere a una distanza più o meno lunga a seconda della importanza e del calibro del vaso che si rompe.

Vi sono dei casi però in cui, pur essendo grave il quadro morboso, la guarigione si è potuta ottenere.

Vi sono delle forme in cui l'emorragia è di scarsa entità e in cui la guarigione è molto più frequente dell'esito letale. Tali sono le forme fruste o addirittura ambulatorie: l'esito favorevole in tali evenienze è più frequente, specialmente quando la diagnosi è fatta in tempo e il caso curato convenientemente.

Terapia. — Il riposo assoluto in letto e la applicazione del freddo sul capo sono i primi e più ragionevoli presidi terapeutici. La terapia efficace non può però essere data che dalla puntura lombare la quale, diminuendo la pressione endocranica, determina immediatamente la remissione dei sintomi di irritazione meningea. Non si dovrà però con la puntura evacuare troppo liquor per evitare naturalmente una troppo brusca caduta della pressione ed una eventuale ripetizione dell'emorragia (emorragia *ex vacuo*). In tema di terapia è bene non trascurare tutti quei mezzi medicamentosi generali che valgono ad aumentare la coagulazione del sangue (siero di cavallo, coaguleno, cloruro di Ca, ecc.).

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di emorragia meningea sopravvenuta in una malata in cura di pneumotorace.

Discute come è giunto alla diagnosi e tratta delle emorragie meningee dal punto di vista delle cause, della sintomatologia, della prognosi e della terapia.

Circa la patogenesi del caso descritto l'A. si riporta ad un trauma di cui la p. ebbe a soffrire più di un anno prima della sindrome meningea e da cui sarebbe originata l'emorragia.

BIBLIOGRAFIA.

CREYSE. Journal de Méd. de Bordeaux, ottobre 1927; riportato dal Policlinico, Sez. Pratica, 1928, pag. 1128.

F. PHINIZY GALHONN. Journ. Am. med. Ass., ottobre 1926; riportato dal Policlinico, Sez. Pratica, 1927, pag. 615.

CARADONNA E. *Considerazioni cliniche e medico-legali sopra un caso interessante di emorragia meningea*, Policlinico, Sez. Pratica, 1924, n. 30, pag. 968.

MANINI. *Emorragia meningea nel corso di malattie infettive acute.* Comunicaz. alla Società Medico-Chirurgica Bellunese nella seduta del 2 dicembre 1928.

P. GUIZZETTI. *Anatomia Patologica del Sist. Nerv. Centrale.* In Trattato di P. FoÀ, Ed. Torinese.

G. FUMAROLA. *Diagnostica delle malattie del Sistema Nervoso.* Ed. Luigi Pozzi, Roma.

P. BERRI. *Sopra un caso di emorragia meningea.* Policlinico, Sez. Medica, n. 9, sett. 1930.

DURET. *Traumatismas cranio-cérébraux*, tom. I-II, Paris, Félix Alcan, 1919-1920.

FURNO. Rivista critica di Clinica Medica, 1920; Giornale di Medicina ferroviaria, 1921, n. 6, anno I.

LEONCINI e CAZZANIGA. *Contributo alla conoscenza e alla valutazione medico-legale delle emorragie intracraniche sottodurali.* Cesalpino, anno XI, 1915.

MARTIN et RICHIERRE. *Les hémorrhagies cérébrales traumatiques.* Ann. d'Hyg. Publ. et de Médec. légale, sett. 1912.

MERRET. *Epanchement dans le fractures de la base du crâne.* Thèse de Paris, 1909.

SIDNEY SMITH. *Aneurisma dell'arteria basilare del cervello, ecc.* Brit. Med. Journ., giugno 1924.

VANZETTI. *Anatomia pat. del sistema circolatorio.* In Tratt. Anat. Pat. del FoÀ. Tip. Ed. Torinese.

LUSTIG-GALEOTTI. *Tratt. di Patologia Generale.* Vol. II, Soc. Ed. Libraria, Milano.

KURT GOLDSTEIN. *Malattia del cervello e delle sue membrane.* Nel Trattato di L. MOHR-R. STAEHELIN, vol. V., P. I.

G. MINGAZZINI. *Anat. Clinica dei centri nervosi.* Ed. Torinese.

STRUMPELL. *Pat. Speciale Medica*, vol. II, Parte II.

DE BENEDETTI. Rendiconto della seduta del 25 giugno del 1930 della sezione medico-chirurgica di Alessandria.

OSPEDALE CIVILE DI FINALE NELL'EMILIA
diretto dal prof. LUIGI TORCHIANA

Osservazioni sopra un caso di emorragia meningea

per il dott. BRUNO GUARALDI, aiuto.

Fra i ricoverati in questo Ospedale fu da me seguìto nell'ulteriore svolgersi della malattia, un caso di emorragia meningea spontanea che desidero far noto non solo per la relativa rarità della malattia, ma anche per alcune considerazioni che scaturiscono dall'osservazione del caso in esame e che confermano alcune vedute circa la patogenesi di questa forma morbosa.

STORIA CLINICA. — Si tratta di tale T. A., di anni 24, agricoltore, da Massa Finalese. Il padre e la madre sono viventi e sani. Ha sei fratelli che godono buona salute. Il paziente è stato sempre bene fino all'età di 18 anni, epoca nella quale ammalò di paratifo che decorse senza complicanze. Guarito di questa malattia dopo circa sei mesi fu colpito da pleurite essudativa destra che guarì in circa due mesi.

Ristabilitosi da quest'ultima infermità ha da allora goduto buona salute, salvo lievi facili perdite di sangue dal naso.

Si è ammogliato circa cinque anni fa con donna sana dalla quale ha avuto tre figli. Di questi due vivono e stanno bene, uno è morto pochi giorni dopo il parto per malattia non precisabile.

Circa le abitudini del paziente risulta trattarsi di individuo assai morigerato. Lavora in campagna e mai ha fatto abuso di vino e liquori.

E' stato in passato modico fumatore. E' piuttosto forte mangiatore.

La malattia per la quale il paziente fece ricorso alle nostre cure si manifestò improvvisamente la mattina del 24 maggio u. s.

In tale epoca in una giornata assai calda ed afosa mentre, accompagnato dalla moglie, si recava al paese vicino in calesse, fu colpito a metà strada da vertigini improvvise ed ebbe bagliori avanti agli occhi.

Si rimise spontaneamente e continuò la sua via. Le sue condizioni erano state fino allora perfette nè mai aveva sofferto di cefalee; solo di quando in quando andava soggetto a rossori improvvisi con senso di calore al volto e lievi vertigini. Senonchè quando stava per raggiungere la mèta improvvisamente e senza aver tempo di accusare alcun malessere, abbandonò le redini e cadde riverso sul sedile rimanendo incosciente.

La moglie spaventata lo condusse all'ospedale più vicino dove rimase giacente 24 ore ed ove ebbe i primi soccorsi.

Pare che abbia presentato convulsioni tonicocloniche e vomiti ripetuti. Il giorno dopo il malato, ripresa la conoscenza, fu condotto al nostro ospedale.

Vedo l'ammalato dopo circa 30 ore dall'inizio di una così tumultuosa sintomatologia e posso constatare che si tratta di un giovane robusto e muscoloso. Il viso è arrossato, visibili e turgidi i

vasi temporali. La temperatura è sui 38,5, respirazioni 22, polso 60 ritmico e piuttosto teso e duro. Il decubito è prevalentemente laterale destro a cane di fucile. Notevole fotofobia, il malato si lamenta di forte cefalea a tipo prevalentemente frontale. All'esame del sistema nervoso si nota: lieve anisocoria, le pupille però reagiscono bene alla luce e all'accomodazione. Nessuna alterazione a carico dei muscoli innervati dal facciale e dagli altri nervi cranici.

Deglutizione e fonazione normali. Riflessi addominali, cremasterici, tendinei assai vivaci. Pronto e rapido il dermografismo vaso-paralitico.

Brudzinsky presente, notevole rigidità della nuca, Kernig manifesto, Babinski assente.

A carico dell'apparato respiratorio si nota diminuzione dell'espansione dell'emitorace destro in rapporto agli esiti della vecchia pleurite sofferta, lieve diminuzione del murmure vescicolare in confronto a quello dell'altro lato. Nulla agli apici. Il cuore è nei limiti e i toni netti e chiari. L'addome leggermente a barca non presenta zone o punti dolenti alla pressione. Stipsi ostinata. L'esame clinico e microscopico delle urine fu del tutto negativo, la densità di 1020, la reazione acida, albumina e zucchero assenti, urea 25 per mille, sedimento indifferente. Esame del sangue: globuli rossi 4.500.000, globuli bianchi 12.000; pressione (Pachon) Mx 150 Mn 85. Rachicentesi: liquido nettamente emorragico sotto notevole pressione; raccolto in due provette il reperto fu uguale. Lasciato sedimentare formò sul fondo della provetta un deposito ematico col limite superiore orizzontale. Il liquido sovrastante appare incolore simile ad acqua di roccia. Agitando la provetta si ebbe uniforme intorbidamento del liquido. All'esame microscopico apparvero in gran quantità globuli rossi ben conservati con presenza di numerosi polinucleati. Esame del fondo dell'occhio (dott. Colombi) negativo. Reazione di Wassermann sia sul siero di sangue che sul liquido cefalo-rachidiano negativa.

Decorso: fin dal primo giorno di nostra osservazione il malato risentì notevole benefizio dalla puntura lombare, da un salasso che gli fu praticato e dall'applicazione di ghiaccio sul capo. Nella notte però la cefalea si rifece violenta e si ripresentò il vomito. La temperatura il giorno successivo era di 38,5 al mattino, la sera di 39.

Aumentata rigidità nucale, facile irritabilità, l'ammalato si lamentava continuamente per la grave cefalea. Ripraticata una seconda puntura lombare e sempre con la tecnica di Tuffier-Millian si ebbe lo stesso reperto del giorno precedente, con la differenza che il liquido lasciato sedimentare assumeva nella parte superiore limpida un colorito leggermente giallastro. Anche questa volta il vantaggio della puntura lombare fu evidente e l'ammalato potè riposare un po'.

In breve, pur variando di poco la sintomatologia, la malattia si protrasse per 15 giorni. Furono praticate sei rachicentesi e si potè notare la sensibile, continua diminuzione del sangue nel liquido cefalo rachidiano. La cefalea andò lentamente diminuendo, il sensorio ritornò lucido, la rigidità nucale scomparve fin dal sesto giorno, la temperatura ritornò alla norma. Il malato potè in breve alzarsi, e ritornare, per quanto lentamente, dato un certo senso di astenia che perdurava, alle proprie occupazioni. Attualmente sta bene e non avverte alcun disturbo, nè si è più presentata cefalea. Continua una cura jodica che gli si è prescritta risentendone notevole beneficio.

Considerazioni e conclusioni.

In complesso questa storia clinica è il tipico quadro di una emorragia meningea avvenuta quasi in pieno benessere in un giovane in ottime condizioni e che presentava nell'anamnesi una pleurite essudativa guarita senza reliquati. L'insorgenza e il decorso della sindrome presentata non diversificano dai numerosi casi riportati dalla letteratura, e il caso non meriterebbe speciale considerazione se non si prestasse ad alcune indagini circa la causa dell'emorragia stessa.

Per ciò che concerne la diagnosi dirò che il caso attuale non presenta assolutamente dubbi di interpretazione.

L'insorgenza brusca, la presenza del sangue nel liquido cefalo-rachidiano, xantocromico, raccolto secondo la tecnica di Tuffier e Millian, la leucocitosi manifesta, i sintomi di reazione meningea attenuatisi con lo scomparire del sangue stravasato, lo dimostrano in modo certo.

Per queste varie ragioni la diagnosi non fu difficile fin dai primi esami, oscura invece rimase, come nella gran maggioranza di questi casi, la causa produttrice. Si sa infatti che l'emorragia che colpisce le meningi nel quadro clinico che essa rappresenta non può essere individualizzata come malattia a sè ben definita, ma come una sindrome che varie malattie possono provocare. Così a volte possono invocarsi fattori di emorragie i traumi, oppure le affezioni vascolari o renali con consecutiva ipertensione arteriosa, oppure malattie del sangue (leucemia, ecc.) oppure malattie degli involucri cerebrali o del cervello stesso (come la pachimeningite emorragica, meningiti tubercolari, lesioni luetiche, tumori meningei, o cerebrali, emorragie cerebrali). Quale di tali momenti patogenetici poteva essere invocato nel caso nostro?

Intanto in primo luogo è bene distinguere quale è l'involucro cerebrale che più frequentemente può essere sede e origine dell'emorragia meningea. L'anatomia patologica insegna che in genere la lesione meningea è da riportarsi a carico della dura madre o della pia madre, tenuto conto che l'aracnoide è priva di vasi. Per questa ragione il Klippel divide le emorragie endocraniche secondo la loro origine e le distingue in: emorragie della dura madre, emorragie della pia madre, emorragie della base e emorragie cerebrali. Attenendoci a questa classificazione e ritornando ora

al caso nostro dirò subito che non si poteva portare la nostra attenzione ad una emorragia di origine durale.

La ragione è intuitiva quando si pensi che la dura è scarsamente vascolarizzata e che le due principali cause che possono dare origine ed emorragie nel suo territorio sono: o un trauma che determini la rottura dei suoi seni venosi o delle sue arterie, o uno stato infiammatorio cronico (quale la pachimeningite emorragica) che producendo una neoformazione vasale secondaria allo stato infiammatorio cronico faccia sì che la dura scarsamente provvista di vasi acquisti una vascolarizzazione abbondantissima. Il trauma nel caso in termini era da scartarsi per la nessuna lesione esistente nel cuoio capelluto del paziente e per la testimonianza della moglie che negava che il marito avesse comunque urtato il capo. Per quanto riguarda poi la pachimeningite emorragica interna essa non era da tenersi in seria considerazione in primo luogo per l'età del paziente, secondariamente per la negatività di fatti di intossicazione alcoolica o luetica. Inoltre mancava un dato di fatto importante per la diagnosi di pachimeningite emorragica, voglio dire la negatività di disturbi precedenti lo svolgersi della sindrome meningea.

Si sa che l'emorragia nella pachimeningite emorragica avviene per rottura di vasellini neoformati, il che significa che il fatto infiammatorio precede l'emorragia con la costituzione di false membrane vascolarizzate. Ciò è appunto il pensiero degli anatomopatologi sulla lesione (Virchow, Kaufmann). Dal lato clinico pertanto tale stato di cose si manifesta attraverso a un primo periodo detto meningitico appunto per i fenomeni dolorosi e di eccitazione cerebrale (cefalee, vertigini ripetute, ronzii d'orecchi, a volte incesso atassico e titubante, a volte vomiti, ecc.). Nel caso nostro invece tali prodromi erano del tutto mancati. Inoltre nella pachimeningite emorragica appunto per la costituzione di false membrane il sangue a tendenza ad incistarsi e più difficilmente è riscontrabile nel liquido cefalo-rachidiano. Invece le emorragie meningee che più facilmente si possono mettere in evidenza con la rachicentesi e delle quali appunto si deve parlare nel caso nostro, sono quelle rappresentate da lesioni della pia o da lesioni ventricolari o cerebrali. Escluse quest'ultime per la giovane età del soggetto e per l'assenza di sintomi a focolaio, bisognava portare la nostra osservazione sulla pia madre come quella che maggiormente vascolarizzata poteva spiegare la sintomatologia presentata dal malato. Ma da quale lesione questa emorragia era stata prodotta?

Dirò con franchezza che non appena il malato ci fu condotto all'osservazione, alla nostra mente si affacciò il dubbio che la emorragia cerebrale fosse l'esponente di una lesione tubercolare a tipo cronico (Klippel) decorsa fino allora inosservata e ciò era reso suggestivo dal fatto che il malato, in un passato non molto lontano aveva sofferto di pleurite essudativa. Tale concetto non fu escluso nemmeno da un illustre clinico che vide con noi l'ammalato a consulto. D'altro lato però il reperto del liquido cefalo-rachidiano era assolutamente contrario a tale ipotesi per quanto a volte possa essere emorragico anche nella meningite tubercolare (Villaret-Descamps), ma mancavano i segni di tale processo infiammatorio cronico nel liquido cefalo-rachidiano.

Inoltre la rapidità dell'insorgenza mal si addiceva ad una simile supposizione. Nè il Kernig, nè il Brudzinsky, nè la febbre, la rigidità nucale, la stitichezza ostinata potevano avere un qualche valore nel caso nostro essendo questi sintomi comuni alle varie lesioni meningee. E per quanto di scarsa importanza, il reperto dell'esame del fondo dell'occhio, risultato negativo, era da tenersi in grande considerazione anche per eliminare il dubbio della presenza di un tumore cerebrale del quale, del resto, mancavano tutti i segni. D'altro lato la negatività dei vari esami sull'apparato circolatorio e renale unita all'esclusione di forme acute in atto rendeva assai difficile la ricerca del fattore patogenetico e pertanto si doveva pensare ad una emorragia del tutto spontanea. Ciò che del resto collima con ricerche di altri autori in casi similari. (Simmons, Ascoli e altri).

Di fronte, pertanto, ad una sindrome così particolare non ci rimaneva che tenere in seria considerazione le osservazioni di quegli autori che dànno il massimo valore ai disturbi vasomotori quali produttori di emorragie così dette essenziali.

Questi autori, infatti, hanno constatato frequente coesistenza di emorragie gengivali, nasali, emorroidarie (Goldflam) e ne riportano la patogenesi ad un squilibrio delle ghiandole a secrezione interna e del sistema nervoso neurovegetativo.

E tale concetto trova conferma nelle ricerche di Weil, Isch-Wall, Pollet, nelle quali furono riscontrate in individui colpiti da emorragie meningee, diminuzione del numero delle piastrine, ritardo del tempo di coagulazione, facili emorragie preesistenti, fatti compresi

sotto il nome di emogenie. Sempre, secondo tali AA., questa sindrome emogenica annovererebbe fra i fattori etio-patogenetici: la tubercolosi e la sifilide. Anzi per questa ultima evenienza presso di noi il Faberi ha richiamato l'attenzione sulla necessità di praticare sistematicamente la reazione di Wassermann sia sul liquor che sul siero, non mancando casi nei quali la ricerca negativa sul secondo fu positiva nel primo.

Nel caso nostro entrambe queste ricerche diedero esito negativo, invece per la tubercolosi si riscontrava nell'anamnesi una pleurite essudativa sofferta qualche anno prima. Inoltre, e ciò concorda con il concetto del Goldflam, risultavano nel nostro ammalato facili epistassi, a volte rossori improvvisi accompagnati da lievi vertigini. Questo fatto potrebbe pertanto riportarsi ad instabilità delle ghiandole a secrezione interna e a squilibri del sistema nervoso neuro-vegetativo. Ma anche di un altro fattore è necessario qui tenere conto ed è che l'emorragia si è prodotta in una giornata assai calda, dopo che il malato aveva percorso molta strada in un biroccino sotto il sole cocente. Si sa che in tali contingenze si possono riscontrate facili iperemie sia del cervello che dei suoi involucri (Goldstein), e pertanto è logico pensare che nel nostro malato, individuo facile alle manifestazioni emorragiche con alterazioni del sistema neurovegetativo, con tare tubercolari, una semplice congestione dovuta a particolari condizioni dell'ambiente esterno, abbia potuto produrre una sindrome quale quella da noi osservata.

RIASSUNTO.

L'A. riporta un caso di emorragia meningea cosidetta spontanea e ne descrive la diagnosi differenziale con le altre affezioni similari sia del cervello che dei suoi involucri.

Ritiene che il caso descritto possa rientrare nell'ipotesi di Goldflam e di Weil che vedono nell'emorragia meningea l'esponente di disturbi vasomotori con peculiare sindrome emogenica, legata a squilibrio delle ghiandole a secrezione interna e del sistema nervoso neurovegetativo. Nel caso descritto però l'emorragia, oltre a questi caratteri riscontrati nell'individuo in esame, deve essere riportata anche a speciali stimoli dell'ambiente esterno provocatori di iperemia cerebrale.

BIBLIOGRAFIA.

Ascoli V. *Emorragie meningee spontanee.* Policlinico, Sez. Medica, 1905.

Cavalletti. *Emorragie meningee sintomatiche ed emorragie meningee spontanee.* Policlinico, Sez. Pratica, 1930.

Faberi. *Emorragie spontanee subaracnoidee ed eredo lues.* Policlinico, Sez. Medica, 1928.

Fallet et Chevrel. *Hémorragies sous-aracnoidiennes spontanées chez les jeunes-gens.* Gaz. des Hôp., 1910.

Goldstein. *Le malattie del cervello e delle sue membrane.* Trattato di Medicina Interna Mohr-Staehelin, vol. V, 1921.

Goldflam. *Beitrag z. Aetiologie und Sympt. d. spont. Subaracnoid. Blutum.* Deut. Zeit. für Nervenkank, 1923, Bd. 76.

Kaufmann. *Trattato di Anatomia Patologica.* Vallardi, 1929.

Klippel. *Malattie delle meningi.* Trattato di Medicina Interna e Terapia Gilbert-Thoinot, Utet, 1914.

Tuffier et Millian. *Technique de la ponction lombare dans les hémorragies intrarachidiennes.* Presse Médicale, 1902.

Weil, Isch-Wall et Pollet. *Sur l'existence de lésions sanguines au cours des hémorragies méningées.* Bull. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 1924.

NOTE E CONTRIBUTI.

Il rovesciamento del prepuzio umano quale mezzo terapeutico di alcune affezioni.

Dott. Pantaleo Paladini (Padova).

Non sempre alcune affezioni veneree si possono avvantaggiare delle cure appropriate proposte ed applicate, perchè possono intervenire dei fattori che ci fanno fallire lo scopo prefissoci. Ci possono poi essere delle altre affezioni che, pur non essendo di spettanza assoluta della venereologia, a questa si accostano, dato che possono avere sede esattamente negli organi studiati in prevalenza da quella. Mi riferisco a quelle alterazioni, come ragadi, abrasioni, screpolature, feritine del glande umano, del frenulo, del solco balano-prepuziale, del prepuzio, le quali possono benissimo manifestarsi indipendentemente, supponiamo, dal gonococco del Neisser, dallo strepto-bacillo del Ducrey. Tali alterazioni siano o no di natura venereologica debbono per la regressione, per la guarigione essere assoggettate ad una congrua terapia, specialmente se non si risolvono da se stesse. Ma a volte anche la balanite, la balanopostite, l'ulcera venerea, i condilomi acuminati, per quanto si sottopongano a trattamenti specifici, non riescono a rimarginarsi, per diverse ragioni, sia perchè i mezzi impiegati sono insufficienti, sia perchè i pazienti non si attengono a tutte le prescrizioni igieniche, profilattiche, terapeutiche, sia perchè gli ammalati stessi possono essere dei masturbatori più o meno abituali o possono essere in preda ad orgasmo e per timore di essere scoperti dai congiunti o dagli amici o interrompono la cura o se ne

astengono o la applicano male, malissimo, al punto che, anzichè migliorare, favoriscono il peggioramento delle condizioni alterative locali, sebbene qualche volta può risentirne la loro costituzione fisica. La balanite e la balanopostite, come è noto, consistono rispettivamente in una infiammazione del prepuzio e del solco coronario e sono spesso consecutive ad infezione blenorragica. Non di rado però esse non sussistono in presenza di una gonorrea in atto, in quanto possono esplodere per altre cause e quindi per altri batterii.

Noi sappiamo che se la balanite e la balanopostite si associano alla infezione gonococcica, esse si avverano perchè la secrezione muco-purulenta originatasi dal meato uretrale, aderisce per un certo tempo alla superficie glandare, cagionandovi una macerazione degli strali epiteliali superficiali, la quale si comunica agli elementi del prepuzio e del solco coronario. E quivi si rinvengono in rilevantissima proliferazione dei batteri e rarissimamente i gonoccochi, che in genere si sviluppano solo sopra le mucose. E la balanite e la balanopostite si possono effettuare con o senza fimosi non solo, ma il secreto muco-purulento che si può avere in tali forme, si può rilevare a causa pure di eventuali ulceri coesistenti sul prepuzio. Ma il prepuzio medesimo può ospitare fra l'altro ancora, come si è accennato, i condilomi o papillomi acuminati, detti volgarmente « creste di gallo », che si dimostrano alla stregua di neoformazioni verrucose o coniche, isolate in principio, multiple in breve spazio di tempo e tendono sempre maggiormente ad ammassarsi e ad aggrupparsi. I condilomi non si hanno ognora come esito di blenorragia, ma più che altro per la via mediata di una irritazione data dall'umidità degli elementi tissulari per la secrezione blenorragica. Si osservano del resto dei papillomi tipici, nei quali nulla ha a che fare la secrezione gonorroica irritativa. Ed essi nell'uomo s'impiantano sul foglietto prepuziale interno, sul glande, particolarmente sulla *corona glandis* e nel solco coronario. Il prepuzio può essere prediletto da altre affezioni, come l'ulcera molle o ulcera venerea, instaurata da un virus specifico, dal bacillo del Ducrey e di aspetto caratteristico.

E in corrispondenza del glande, della faccia interna del prepuzio, del frenulo si possono mettere in evidenza delle altre vegetazioni granulose, delle ulcere follicolari o miliari, come analogamente vi si possono scoprire le suddette ragadi, abrasioni, screpolature, feritine, inferte da agenti o da fattori prospettabilmente estranei a quelli di ordine luetico-venereo.

La cura di tutte le forme morbose rammentate consisterebbe in preponderanza, quando non esiste fimosi, nella pulizia delle parti ammalate, nell'uso di impacchi disinfettanti, nella instillazione nel sacco balano-prepuziale di soluzioni medicamentose astringenti e disinfettanti di sofato di zinco, di permanganato potassico, di allume, di protargolo, di sublimato corrosivo, ecc. o di polverizzazioni con rimedi astringenti, disinfettanti, essiccanti, cicatrizzanti di dermatolo, ossido di zinco, di calomelano, di xeroformio, di iodoformio, tannoformio, di resorcina, di acido salicilico, di allume cristallizzato con polvere di sabina, iodolo, airolo, sottonitrato di bismuto, proteol, ecc. o con causticazioni con nitrato d'argento, acido fenico, cloruro di zinco, solfato di rame, ecc. a scopo abortivo, o con la escissione con le forbici o col termocauterio.

Come ho già riferito, non ogni volta i citati mezzi riescono al fine terapeutico delle sopra menzionate forme morbose. E allo scopo di agevolarne la guarigione, quando non si hanno fimosi o parafimosi e se particolari condizioni individuali non si oppongono, specie se le affezioni in discorso interessano la mucosa prepuziale o il frenulo, si riterrebbe opportuno e necessario, non solo di applicare qualcuna delle ricordate polveri medicamentose e quindi dei bioccoli di cotone o di garza, ma di rovesciare addirittura il prepuzio sul corpo del pene e di tenervelo convenientemente fissato con una piccola e comoda fascia di garza. La medicatura così effettuata si potrebbe ripetere una o due volte al giorno o una volta ogni due o tre giorni, bene inteso, a seconda delle circostanze e delle condizioni locali dell'ammalato. Questo metodo ha lo scopo in fondo di considerare alla pari delle comuni piaghe o screpolature della pelle di altre parti del corpo le diverse affezioni del glande, del frenulo, del prepuzio. Esso poi è meglio e maggiormente indicato nei casi in cui le affezioni non sono di natura rigorosamente venereologica, come è per esempio per le ragadi, le abrasioni, le screpolature, le feritine del glande e del prepuzio ed ascritte presumibilmente alla trascuratezza della nettezza intima personale o ad altri fattori o a microrganismi niente affatto specifici della venereologia.

Anche le mentovate forme morbose veneree possono in molti casi essere efficacemente

trattate col metodo esposto, che poi è di una estrema semplicità e facilità e tale da essere attuato da chiunque, purchè si rispettino sempre le norme della sepsi, dell'antisepsi e della pulizia. Io ho visto guarire rapidamente e vantaggiosamente con il detto metodo e individui portatori di ulcerazioni veneree sul prepuzio, che si sono sottoposti inutilmente per qualche periodo di tempo alle comuni cure e individui che ospitavano sul frenulo delle abrasioni con perdita di sostanza e con vegetazioni ulcerative sul prepuzio, ai quali è bastato, senza ricorrere mai alle usuali polverizzazioni disinfettanti e astringenti, rovesciare e tenere fissato con una fasciolina di garza sul corpo del membro il prepuzio, per ottenere la scomparsa delle abrasioni e delle vegetazioni medesime.

Debbo aggiungere che talune volte alcune delle predette alterazioni, principalmente quelle del frenulo e del prepuzio erano lasciate ad arte libere e scoperte dalla benda che teneva situato sul corpo del pene il prepuzio rovesciato e malgrado ciò si constatavano dei risultati terapeutici soddisfacentissimi. Questo vale di più per le affezioni prepuziali e un po' anche per quelle del frenulo, forse, perchè, appunto il prepuzio è una plica circolare della cute, che riveste a guisa di cappuccio il glande, celandolo più o meno totalmente e perchè esso è costituito dalla pelle dell'asta virile, la quale, alla sua superficie libera, si introflette a mo' di lamina, interpretata da alcuni alla pari di una trasformazione mucosa epiteliale. Si potrà osservare che non è il rovesciamento del prepuzio umano un mezzo terapeutico sicuro per la regressione e per la reintegrazione di alcune affezioni siano o no di natura venereologica, che, anche senza quel rovesciamento, possono rimarginarsi. Ma io ho già premesso che soltanto alcune forme morbose venereologiche o no di taluni individui possono beneficiare del metodo riferito ed applicato, il quale è degno di attenzione, di considerazione, di studio, di esperimento e può in certi casi, quando altri trattamenti non corrispondono alle nostre aspettative, dimostrarsi utile. Un'altra evenienza ho il dovere di sfiorare appena, circa cioè le complicanze che si potrebbero determinare dal rovesciamento prepuziale e imputabili ad una parafimosi, ad una retrazione ovvero ad un incarceramento del prepuzio, in modo da ritardare o da difficoltare la guarigione di particolari affezioni per la mancata riduzione del prepuzio stesso, riduzione che così si renderebbe necessaria, per ovviare anche agli incidenti sopravvenuti. Certo ciò sarebbe spiacevole, se, cercando di evitare di cadere nella padella dell'insuccesso terapeutico delle dianzi riferite malattie, dovessimo malauguratamente adagiarci nella brace delle dette complicanze, che in definitiva non si possono mai del tutto scongiurare, come pur sarebbe l'ideale. Ma io avverto subito che, nei casi di morbi venerei o no, curati col rovesciamento prepuziale, non si sono dovuti lamentare malanni. E il segreto della vittoria in ogni cosa risiede appunto nella buona scelta del luogo, del tempo, degli oggetti, per i mezzi idonei a raggiungere un fine.

RIASSUNTO.

L'A. considerando che non sempre alcune affezioni del glande, del frenulo, del prepuzio umano guariscono con i comuni presidii terapeutici, prospetta un metodo più pratico per la cura di esse.

L'ATTUALITÀ CHIRURGICA

III Divisione Chirurgica dell'Ospedale Civile di Venezia
diretta dal Primario Prof. A. CHIASSERINI.

A proposito della iniezione di efetonina per prevenire alcuni incidenti consecutivi alla rachianestesia.

Dott. G. PLACITELLI, assistente.

Prendendo occasione dalle interessanti osservazioni del dott. Giordanengo sull'impiego della adrenalina-efedrina, per prevenire e curare i disturbi riferiti all'abbassamento della pressione arteriosa dopo la rachianestesia, mi pare non del tutto inutile render nota, brevemente, la nostra esperienza su questa importante forma di anestesia, e sui mezzi da noi impiegati per ovviare od attenuare alcuni dei più comuni inconvenienti di tale anestesia.

Negli ultimi tre anni la R. A. è stata molto largamente impiegata nel nostro Reparto. Da un anno e mezzo circa l'abbiamo estesa a tutte le operazioni sulle vie biliari e sullo stomaco. Anche per queste operazioni facciamo la puntura non più in alto del primo o secondo spazio intervertebrale lombare; non lasciamo defluire che qualche goccia di liquor ed iniettiamo il preparato anestetico lentamente e senza fare alcuna manovra di mescolamento fra soluzione e liquor.

Il preparato anestetico, che, quasi costantemente, abbiamo usato, è costituito da una soluzione 5 % di novocaina con adrenalina: ne iniettiamo 3 cc.

Nelle operazioni sullo stomaco, quasi sempre, aggiungiamo la infiltrazione degli omenti con soluzione di novocaina al 0,50%.

Abbiamo potuto con questa anestesia condurre a termine numerose resezioni duodeno-gastriche e gastrectomie totali. Mai abbiamo praticata la puntura negli spazi intervertebrali toracici.

Prima dell'operazione tutti i nostri malati vengono sottoposti alla misurazione della pressione arteriosa. Crediamo inadatti alla R. A. i soggetti con pressione massima intorno ai 100 al Pachon e quelli al di sopra dei 70 anni, o gli individui fortemente obesi. Prima del dicembre 1929 preparavamo i nostri ammalati alla R. A. con una iniezione di caffeina (0,20) fatta dieci minuti prima della puntura. In una percentuale di casi di oltre il 30 %, più o meno precocemente, insorgevano disturbi consistenti in pallore, sudori profusi, vomito, senso di grave malessere e di sete d'aria, emissione involontaria di feci. Tali incidenti, pur non raggiungendo che raramente una notevole intensità, disturbavano il paziente e l'operatore; in una mezza dozzina di casi ci costrinsero a sospendere temporaneamente l'intervento. Per tali inconvenienti il paziente era talora posto in posizione declive (Trendelenburg incompleta), se l'inalazione di ossigeno e le iniezioni eccitanti si dimostravano insufficienti.

Dal dicembre 1929, allo scopo di prevenire tali incidenti usiamo preparare i malati alla

(a) (b)

(a) caffeina efetonina

(b) fine dell'operaz.

(a) (b)

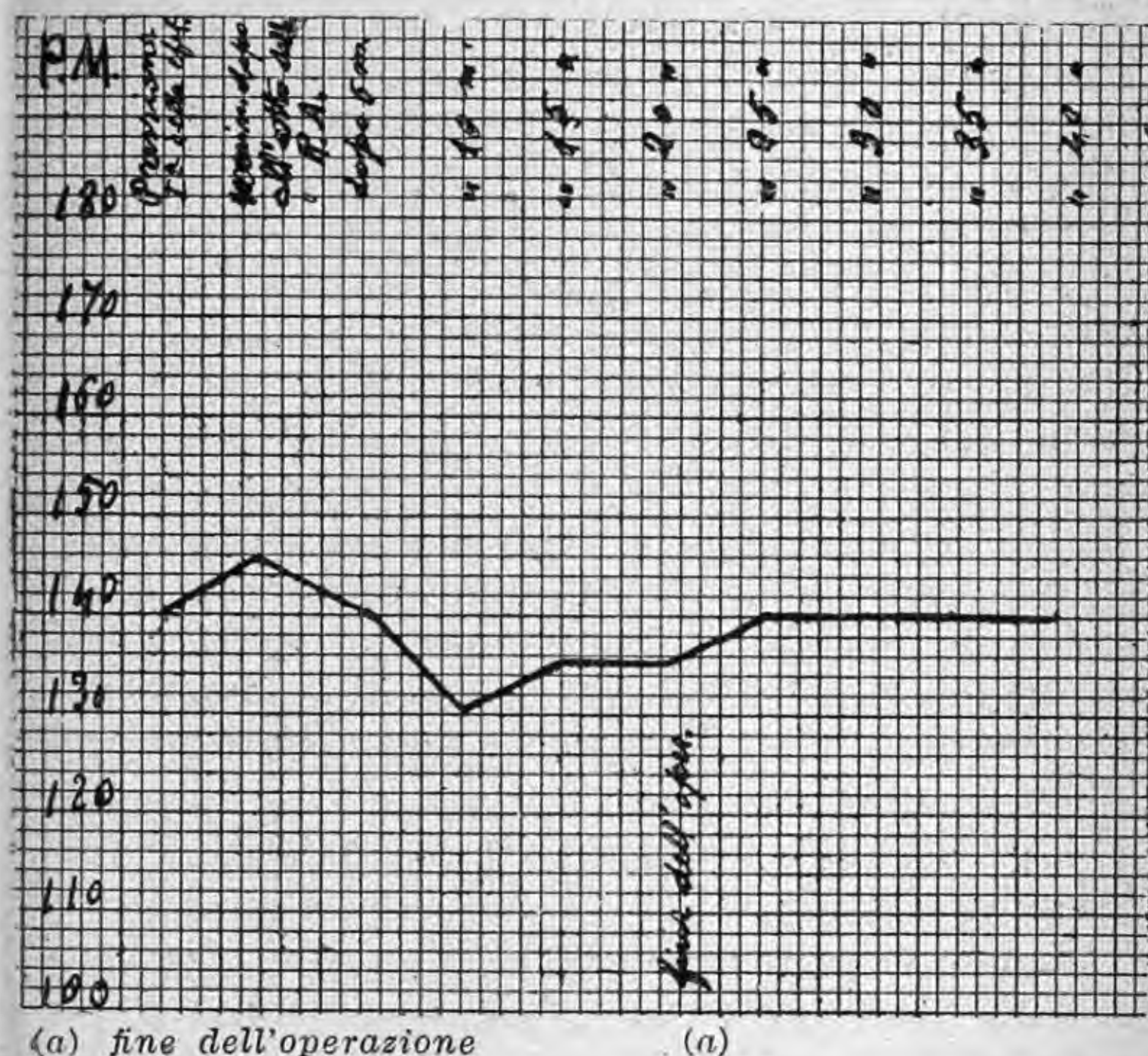
(a) efetonina. Ipodermoclisi

(b) resezione duodenale piloro-gastrica

R. A. iniettando loro sotto cute, dieci minuti prima una fiala di caffeina (0,20) ed una fiala di efetonina (0,05).

Abbiamo notato che i pazienti così preparati, nella quasi totalità dei casi tollerano la rachianestesia senza presentare alcuno dei disturbi più volte lamentati per il passato. Se qualche volta insorgono delle sofferenze esse sono assai attenuate e rapidamente scompaiono, specie se si ripete la iniezione di efetonina-caffeina.

Allo scopo di renderci conto della benefica influenza della iniezione di caffeina efetonina, in un certo numero di casi abbiamo fatto mi-

(a) fine dell'operazione (a)

surazioni della pressione arteriosa prima della iniezione di efetonina; dieci minuti dopo, all'atto della puntura lombare; e dopo questa di 5 minuti in 5 minuti durante e per alcun tempo dopo l'intervento.

Abbiamo potuto rilevare che la pressione arteriosa in un discreto numero di casi così trattati si abbassa solo di pochi gradi. In un altro più considerevole numero di ammalati la pressione si abbassa anche di 15-20 gradi al Pachon, ma in modo più graduale, e, se si ripete la iniezione di efetonina essa si rialza considerevolmente nello spazio di pochi minuti. Riporto ad esempio qualche grafica.

I casi così trattati sono in tutto 356 e così ripartiti: stomaco-duodeno 59; vie biliari, fegato, milza 56; intestino, appendice 116; ernie 28; apparato urinario 49; organi genitali 25; arti 19; gangliectomie lombari 4.

In questi casi non abbiamo notato però una sensibile modificazione nella frequenza e nella intensità di alcuni disturbi tardivi della R. A.. Per esempio della cefalea e della rachialgia. Quando essi non cedono al piramidone misuriamo con l'apparecchio di Claude la pressione del liquor, che spesso troviamo abbassata. Facciamo talora iniezioni endovenose di acqua distillata con buon risultato generalmente.

In un sol caso in cui la cefalea e la rachialgia, complicata anche a vomito persisteva da alcuni giorni e non veniva modificata dalle iniezioni di acqua distillata, praticammo la reiniezione sottocutanea di 3 cc. di liquor estratto con la puntura lombare. La paziente ebbe un sensibile miglioramento.

SUNTI E RASSEGNE.

RENI E VIE URINARIE.

Nefriti bismutiche.

(L. BORY. *Paris Méd.* n. 10, marzo 1931).

Esiste una vera nefrite bismutica, oppure quelle alterazioni renali che si osservano durante una cura di bismuto devono essere considerate come complicazioni renali?

Le intossicazioni sperimentali o accidentali in seguito all'uso del bismuto possono presentare i seguenti sintomi: 1) disturbi nervosi (specialmente della motilità, con ipereccitabilità, interessante tutti gli arti); 2) disturbi degli emuntori (sindrome dissenteriforme, diarrea sanguinolenta, policolia, albuminuria); 3) stomatite.

Ma i casi di albuminuria e cilindruria o di nefrite acuta per l'uso del bismuto (pasta di Beck) sono numerosi in letteratura; spesso essi sono mortali.

L'uso terapeutico dei sali solubili ed insolubili di bismuto ha permesso di precisarne i segni e le lesioni che determina.

L'intossicazione intensissima si ha iniettando alte dosi di bismuto endovene.

In questi casi però più che di nefrite acuta si deve parlare di intossicazione del rene, come di altri visceri; infatti non si riscontra nel rene nè reazione, nè processo infiammatorio, ma degenerazione cellulare.

L'intossicazione acuta sperimentale, ottenuta con dosi elevate di sali di bismuto iniettate per via intramuscolare, provoca a carico dei reni una congestione glomerulare, senza alterazioni degenerative o infiammatorie della capsula di Bowmann; la necrosi delle cellule dei tubuli contorti, l'assenza di alterazioni vascolari.

Queste lesioni sperimentali difficilmente si producono allorchè i sali di bismuto sono usati alle dosi terapeutiche stabilite per ogni prodotto.

Tuttavia anche in queste condizioni si possono avere lesioni del parenchima renale; ma allora queste lesioni devono essere attribuite: o ad un errore grossolano del dosaggio, o ad

un riassorbimento massivo, sia per un maggior accumulo, sia per essere penetrati in una vena, od infine per una intolleranza personale del soggetto alle dosi per sè stesse non nocive. Quest'ultima condizione spesso è legata a precedenti lesioni epatiche o renali.

L'intolleranza al bismuto è svelata da alcuni segni che indicano la valutazione generale dell'organismo: dapprima compare l'annerimento delle urine dopo l'emissione; segue la stomatite, che può intensificarsi, ed infine si presentano i disturbi digestivi, epatici, generali, urinari. La nefrite con fenomeni azotemici sembra essere la conclusione del processo tossico e la probabile causa della morte.

Tuttavia in quei casi in cui gli accidenti renali sembravano essersi prodotti, la stomatite ed i disturbi digestivi avevano per i primi dominato la scena; la coincidenza della stomatite nei casi di nefrite fa pensare a qualche A. che quest'ultima si possa produrre per l'intermediario della stomatite, possibile causa della nefrite.

In verità bisogna ricordare che vi sono delle nefriti insorte senza la stomatite bismutica; ma in tutti i casi riferiti in letteratura si possono trovare gli elementi per pensare che il bismuto abbia agito in modo secondario in un rene già leso o predisposto. Quindi di vera nefrite bismutica non si può parlare, ma di fenomeni complessi, tossi-infettivi, determinati dallo stato generale, e occasionato da una quantità di fattori, fra cui una precedente lesione renale, un accumulo del prodotto, una penetrazione accidentale nelle vene ecc.

A rigore quindi si dovrebbe parlare d'una sindrome renale, conseguenza dell'intossicazione bismutica, la quale è denunziata dai tre sintomi: poliuria, albuminuria, nefrosi, a tipo sedimentario.

La poliuria è analoga a quella mercuriale; può raggiungere due o tre litri al giorno, ed è di corta durata.

L'oliguria che può seguire è da considerare come un segno d'allarme.

La poliuria è una conseguenza costante; l'albuminuria è un accidente, di natura tuttavia benigna; però deve far pensare che il rene è affaticato nella sua funzione, e quindi la cura va fatta con speciali riguardi di intervallo e di intensità.

La nefrosi è un grado più avanzato del patimento renale, attribuibile all'azione tossica del bismuto.

Il primo grado è rappresentato dalla poliuria, il secondo dall'albuminuria, il terzo dal sedimento, con desquamazione epiteliale, di cellule poligonali, granulose, isolate o aggruppate in cilindri.

Alle cellule, in numero di 50 o più per campo, si mescolano cilindri jalini, rari leucociti, e qualche globulo rosso.

Tale reperto non si accompagna a nessun segno d'insufficienza renale: non edemi, non azotemia, eliminazione normale dell'indigocarminio.

L'epiteliuria, la cilindruria non hanno eccessiva importanza, e non impongono la sospensione della cura; invece l'albuminuria è il solo segno d'allarme che deve far sospettare l'insorgenza d'una complicazione renale, e l'evoluzione d'una vera nefrite. L. CARUSI.

Il trattamento delle nefriti.

(BENNETT. *The Practitioner*, marzo 1931).

Il trattamento delle nefriti non può, allo stato odierno, essere considerato come soddisfacente. Infatti anche se il medico riesce ad accertare il danno prodotto nei reni, la funzione di questi rimane sempre danneggiata e la difesa potenziale dell'organismo diminuita. Molto resta ancora da essere conosciuto riguardo alle cause vere della nefrite ed è questa insufficienza delle nostre cognizioni che rende il trattamento della nefrite difficile. Uno dei concetti generali che aiuta molto il medico nella istituzione della terapia nefritica è, secondo l'A. il concetto della insufficienza renale, di qualunque origine essa sia (rene policistico o tubercolare, blocco degli ureteri per calcoli ecc.). Essa deve essere riconosciuta sin dal principio dalla diminuzione della quantità di urina escreta e dall'aumento del contenuto di urea e di azoto non proteico nel sangue.

È a questo quadro che deve essere riservato il nome di uremia, distinguendola dalla pseudouremia: infatti è oggi dimostrato, dopo i lavori di Widal e Volhard, che i sintomi che una volta erano ritenuti classici dell'uremia, e cioè le manifestazioni cerebrali, cefalea, convulsioni, amaurosi, manìa, ecc. pur occorrendo simultaneamente con l'uremia, non sono una manifestazione di questa, potendosi avere anche in soggetti con azotemia normale. Essi sarebbero dovuti ad iperemia cerebrale in seguito a vaso costrizione o meglio, secondo la frase proposta da Oppenheimer, ad una « encefalopatia ipertensiva ».

Sarebbe anche molto opportuno per la terapia poter distinguere le varie forme di nefriti: ma la classificazione di esse presenta difficoltà notevoli.

Al pratico basterà la distinzione in

a) *nefriti acute* caratterizzate spesso da piressia, talvolta da un certo grado di ematuria con abbondanti cilindri epiteliali e da una parziale soppressione delle urine;

b) *nefriti glomerulari croniche* quasi sempre conseguenti ad una nefrite acuta, e riconoscibili da una storia o presenza attuale di ematuria, dalla presenza di disturbi cardio-

vascolari, come retinite, aumento di pressione, ipertrofia cardiaca ecc., da un aumento dell'urea e dell'azoto non proteico nel sangue, da diminuzione del potere di concentrazione del rene e da edema che può essere di varia entità;

c) *nefrosi* (nefrite tossica o nefrite tubolare) caratterizzate da albuminuria intensa e grandi edemi, senza ematuria, senza cilindri epiteliali, senza stigmate cardio-vascolari;

d) *nefriti ischemiche* (o arterio-sclerotiche) che si tende oggi a considerare come un incidente nel corso di una ipertonia essenziale: all'autopsia di questi malati si trovano infatti reni piccoli sclerotici, ma la morte è dovuta ad emorragia cerebrale o a *défaillance* cardiaca.

Riconosciuta l'esistenza di *una insufficienza renale* uno stretto trattamento dietetico diventa desiderabile. L'introduzione di proteine è nella maggioranza degli individui di molto superiore alle loro necessità. Una quantità di proteine fra 50 e 60 grammi *pro die* è perfettamente sufficiente a mantenere un individuo in equilibrio di azoto, mentre nelle persone con insufficienza renale, questa quantità deve essere ridotta a 20 gr.

Certamente una simile dieta molto spesso stanca il paziente, ma può essere resa più accetta se essa consiste in larghe quantità di frutta o di vegetali piuttosto che di quantità di carne o di pesce così minime da poter servire solo a scopo aromatico.

La restrizione nella introduzione di acqua o di cloruri non è assolutamente necessaria se non vi sono edemi: è sufficiente in generale che la quantità di acqua ingerita non superi la quantità di urina escreta.

Nella *vera uremia* la dieta deve essere strettissima per alcuni giorni quindi, soltanto dell'acqua e poco succo di frutta. Il salasso è indicato nei casi in cui vi è ipertensione. Notevole miglioramento si ottiene con la sudorazione: il miglioramento non dipende dalla quantità minima di urea così eliminata, ma, a quanto pare, è il risultato di una migliorata circolazione nei tessuti. La sudorazione, che non deve essere eccessiva, perchè produrrebbe inevitabilmente un aumento dell'azoto del sangue, può essere ottenuta per mezzo di bagni di aria tiepida. I diuretici non sono consigliabili perchè sarebbero uno stimolo troppo violento per un rene già così danneggiato. Il trattamento sintomatico è importante: l'acidosi, riconoscibile dalla presenza di iperpnea può essere combattuta con la somministrazione di bicarbonato di sodio. Il vomito ostinato che può di per sè solo causare la morte per disidratazione dei tessuti può essere soppresso con la somministrazione di sostanze adatte, come il trional ecc. La diarrea è nell'uremia un sintoma protettivo o compensatorio e non dovrebbe essere combattuta a meno che non desse eccessivo disturbo al paziente. In questo caso sono consigliabili gli oppiacei.

Il trattamento della *pseudo-uremia* tende ad eliminare l'anemia cerebrale da vasocostrizione che ne è la causa fondamentale.

Salasso e puntura lombare sono i due grandi ausili terapeutici in questi casi: il loro meccanismo di azione, specialmente per il salasso, è ancora poco chiaro.

In tutti i casi di gravi manifestazioni cerebrali dovrebbero essere sottratte 8-15 once di sangue.

Se anche questo procedimento non dà risultati, ricorrere alla puntura lombare: bisogna in questo caso stare attenti a non diminuire la pressione troppo rapidamente, ma fare varie punture ad intervalli di tempo.

Se anche questo mezzo fallisce, tentare come *ultima ratio* l'infusione endovenosa di soluzioni ipertoniche quali una sol. all'1 % di solfato di magnesia.

Si sono ottenuti con tale procedimento buoni risultati, per un abbassamento della pressione del sangue.

Nelle nefriti acute con ematuria, oliguria od anuria, un severo trattamento dietetico è richiesto: nessun cibo e riduzione della presa di liquidi. Fino a quando non si è visto che l'escrezione urinaria si è normalizzata, queste restrizioni dovrebbero esser mantenute.

Se vi è soppressione di urine e questa persiste malgrado la dieta, è forse permesso al 3°-4° giorno, secondo quanto consigliano Volhard e Fishberg, una unica copiosa bevuta che servirebbe a ristabilire la escrezione renale. Ciò sarebbe dovuto, secondo Volhard, al fatto che nella nefrite acuta la soppressione delle urine dipende da una contrazione acuta dei capillari renali che può essere rimossa da un semplice stimolo.

La sudorazione può essere utile se cautamente usata, i purgativi anche, per ben regolare il funzionamento intestinale, i diuretici debbono invece essere evitati. Il salasso è consigliabile se vi è ipertensione.

La nefrite glomerulare cronica è forse la forma che il pratico incontra più frequentemente; spesso focolai settici cronici nei denti o nelle tonsille ne sono la base: la loro rimozione può dare vantaggi notevoli.

Il trattamento sintomatico è il solito: l'insufficienza renale richiede una restrizione di dieta e l'ipertensione un salasso.

A parte questo bisogna pensare che la guarigione da una nefrite cronica può essere impedita da un qualsiasi fattore che arrechi un lavoro non necessario al rene: meno il rene deve produrre urina concentrata, meno esso lavora.

La reazione dell'urina che rappresenta il minimo di lavoro da parte del rene è quella leggermente alcalina e per mantenerla in questo stato è utile somministrare al paz. una certa quantità di alcali, bicarbonato o citrato di potassio.

Inoltre è dimostrato sperimentalmente che rapidi cambiamenti di temperatura della superficie del corpo, producono violenti cambiamenti nella circolazione renale: è per questo che bisogna evitare ai nefritici ogni esposizione al freddo. Per la stessa ragione è opportuno evitare alcool o altre sostanze che producono vasodilatazione periferica.

Nelle nefrosi bisogna, se possibile, risalire alla causa originaria (tubercolosi, sifilide?) e curare questa.

Secondo Epstein la causa di alcune nefrosi sarebbe in un disturbo del metabolismo basale, che è basso, e che è suscettibile di cura per mezzo di estratti tiroidei.

Riguardo alla dieta bisogna pensare che nelle nefrosi il contenuto di azoto nel sangue è normale e non vi è quindi ragione per una riduzione dell'introduzione di proteine: non solo, ma in questi casi si ha una enorme perdita giornaliera di proteine eliminate con le urine ed una dieta ricca di proteine è quindi necessaria a ristabilire l'equilibrio. L'alto contenuto di colesterina nel sangue consiglia però una dieta povera di grassi. In conclusione la dieta dei nefrosici deve essere povera di liquidi, aclorurata, ricca di proteine, povera di grassi. A parte queste considerazioni, il trattamento fondamentale delle nefrosi si risolve nel trattamento dell'edema renale. La causa di questo potrebbe essere un fenomeno osmotico, secondario all'abbassamento della pressione osmotica del sangue circolante dovuto alla perdita delle proteine plasmatiche attraverso le urine. Il trattamento consiste nella somministrazione di diuretici: di questi quelli veramente efficaci sono i composti mercuriali che vanno sotto il nome di salyrgan, novasurol, e neptal ma il loro uso deve essere cauto e ben controllato.

L'urea, alla dose di 60 gr. giornalieri, è spesso di grande aiuto per la rimozione dell'edema renale: non dovrebbe essere data se non dopo aver constatato che l'azoto del sangue è normale e non esiste nessun segno di insufficienza renale.

Se anche questo tentativo fallisce e l'edema renale è grave la nefrotomia s'impone.

In conclusione, da questa rapida rivista della terapia delle nefriti appare evidente quale importanza abbia una certa esattezza nella diagnosi di varietà per l'istituzione di una terapia che rechi un reale vantaggio al malato.

G. LA CAVA.

Le tappe del colibacillo e l'infezione delle vie urinarie.

(LEGUEU. *Journal des praticiens*, 27 dic. 1930).

L'A. osserva che il colibacillo nell'organismo passa per tre tappe successive: quella intestinale, quella sanguigna e quella urinaria.

Nell'intestino, esso rappresenta un microbo banale, saprofita. Quivi, però, esso produce delle tossine, che hanno un'azione intensa sull'economia ed esercita un'azione paralizzante sull'intestino, contribuendo così alla costipazione, la quale a sua volta favorisce lo sviluppo del microbo e si ha così un circolo vizioso.

Il sangue possiede una grande facoltà protettrice ed esercita un'azione distruttiva sul B. coli; se però questo è in abbondanza eccessiva, si hanno, o le grandi crisi della colibacillosi, oppure il passaggio nell'apparecchio urinario.

Le condizioni che favoriscono la presenza del bacillo nel rene sono le notevoli alterazioni (calcoli del rene) e le ritenzioni. Ma hanno anche importanza le scariche di sali e, di fatto, vi sono malati in cui, ad ogni scarica di sali, il coli ricompare nelle urine; in questi, un punto essenziale della terapia consiste nel cambiamento dell'alimentazione.

Nell'apparecchio urinario, il colibacillo può fermarsi al rene oppure arrivare fino in vescica, dove si ha sempre un po' di stasi, che favorisce il suo sviluppo.

In clinica, si può avere l'infezione acutissima oppure quella cronica, insidiosa. Gli accidenti acuti si manifestano sopratutto nella donna incinta verso il III mese di gestazione: brividi, malessere generale, febbre a 39°-40°, con grandi oscillazioni; nelle urine, pus e bacilli numerosi.

La gestazione favorisce la congestione e la stasi dell'apparecchio urinario, mentre la costipazione contribuisce alla scarica dei bacilli fuori dell'intestino.

Raramente i fenomeni diventano tanto gravi da dover ricorrere all'intervento chirurgico; il più spesso, passano allo stato cronico. Si osservano allora: piuria, pollachiuria e, spesso, piccole quantità di sangue (all'esame microscopico) nell'urina.

Il problema che si presenta più frequentemente si è di decidere se si tratti di un'affezione da colibacillo o di una cistite tubercolare. Gli stessi sintomi: frequenza delle minzioni, leggero bruciore, urine torbide. Oltre alla presenza dei bacilli di Koch nelle urine, la cistite tubercolare è caratterizzata dalla maggiore acuzie dei fenomeni, che sono subito intensi. La cistite coli-bacillare è di una cronicità disperante.

In presenza di un malato di questo genere,

si cercherà anzitutto di conoscere dove è localizzato il colibacillo.

Si farà il cateterismo degli ureteri, la ricerca di idronefrosi, di calcoli, si doserà l'urea dei due reni.

Terapia. Negli accidenti acuti (che guariscono, si può dire, quasi spontaneamente) Vincent raccomanda il suo siero, a cui aggiunge il cateterismo degli ureteri. Per combattere la cronicità, servono bene il vaccino ed il batteriofago portati direttamente nei reni.

Utile è altresì il trattamento del colibacillo nello stesso intestino, da farsi preferibilmente mediante le cure di acque minerali, fra cui l'A. consiglia quella di Presles, nei Pirenei orientali.

I pazienti, anche se guariti, vanno tenuti sorvegliati. *fil.*

TISIOLOGIA.

Climi e tubercolosi polmonare.

(M. CHEYX. *Journ. de Méd. de Bordeaux.*, 30 marzo 1931).

La cura climatica, praticata sin dall'antichità, è lontana dal presentare attualmente una codificazione rigorosa. Ciò è dovuto essenzialmente a due ragioni: lo stato ancora precario della scienza metereologica e la variabilità delle reazioni individuali dei malati. Malgrado ciò alcune nozioni essenziali sulle condizioni determinanti le caratteristiche dei vari climi, permettono di illuminare le nostre direttive.

Quando si consultano le opere di climatologia o di geografia fisica, si vede che le diverse osservazioni riguardanti i valori della temperatura, della pressione atmosferica, dello stato igrometrico sono state concretizzate in medie: medie diurne, notturne, nictemerali, mensili, stagionali, annuali. Dal punto di vista medico però ciò che importa non è il valore assoluto di queste cifre, ma la esiguità degli scarti fra questi valori. Il tubercoloso si adatterà bene tanto ad una temperatura relativamente bassa che ad un grado termometrico sensibilmente più elevato, purchè vi sia tendenza alla uniformità. Lo stesso si può dire per gli altri elementi, fra i quali non bisogna trascurare i dati idrografici, orografici e geologici.

I climi vengono distinti in climi continentali e climi marittimi. Si distingue ancora, nei climi continentali, dei climi di altitudine e dei climi di pianura; nei climi marittimi, dei climi litoranei e dei climi pelagici.

Il clima di altitudine possiede degli effetti fisiologici ben noti che richiedono un adattamento anche per i sani. Esso, per il suo effetto eccitante, è controindicato nei tubercolosi polmonari molto febbricitanti, a lesioni rapidamente evolutive, in tutti quelli che presentano un eretismo marcato del cuore o del sistema nervoso, in tutti i congestivi a tendenza emottoica, in tutti i tubercolosi ipertesi. Per contro, la maggior parte delle forme iniziali nei soggetti giovani e le forme ulcero-caseose croniche con febbre moderata si giovano del clima di montagna. Le forme del primo gruppo si giovano invece del clima di pianura.

Riguardo ai climi marini, numerosi elementi contribuiscono a mettere in contrasto la costanza del clima marino o di alto mare e la variabilità del clima marittimo o litoraneo.

E gli effetti benefici del clima marino contrastano con la nocività del clima litoraneo.

C. TOSCANO.

Il trattamento delle emottisi tubercolari.

(CAUSSADE E TARDIEU. *L'Art Médicale*, 15 febbraio 1931).

Una nozione capitale perchè l'azione terapeutica risulti efficace è che, qualunque sia la forma di tubercolosi polmonare nel corso della quale l'emottisi interviene, è necessaria, affinchè questa si produca, la lesione di un vaso che rimanga beante in maniera più o meno accentuata. Non sono quindi da considerare come emottisi nè gli sputi emoptoici, nè gli edemi acuti che talvolta si tingono di sangue (emoedema) e la cui causa, patogenesi ed espressione clinica sono completamente differenti. Dalle esperienze e dagli studi dei vari AA. che si sono occupati dell'argomento si può concludere infatti che l'emottisi da congestione o da lesione puramente polmonare senza alterazione previa dei vasi, è un concetto puramente teorico ed irreale: sarebbe lo stesso che concepire la congestione cerebrale come causa di una emiplegia.

D'altra parte è ben noto che alla periferia di un gran numero di forme di tbc. polmonare, specialmente di quelle caseose e infiltranti, esistono numerose lesioni vasali (periflebite ed endoflebite; periarterite ed endoarterite).

Questo concetto che le vere emottisi siano dovute a lesione di uno o più vasi polmonari rimasti beanti, non è soltanto di ordine teorico ma anche essenzialmente pratico, in quanto che troppo spesso il medico, incline a invocare come causa patogenetica la congestione, è spinto ad applicare una terapia del tutto insufficiente e talvolta nefasta.

Terapia.

a) *le emottisi sono leggere*: riposo assoluto; paziente immobilizzato a letto in posizione seduta; alimentazione leggera e liquida; bibite calde e *mai fredde* bevendo a piccoli sorsi; *mai ghiaccio da succhiare o lavaggi freddi.* Per calmare la tosse morfina a dosi frammentate: 1/2 o 1/4 di ctgr. alla volta, non più di 2 ctgr. *pro die.* L'uso della morfina è stato

molto combattuto: essa ostacolerebbe l'espettorazione, e quindi la respirazione, e favorirebbe per ritenzione del sangue e delle mucosità bronchiali la pullulazione dei b. di Koch e dei saprofiti; ma l'esperienza pratica ha fatto cadere queste obiezioni dimostrando che essa è molto efficace, purchè non usata a dosi massive e troppo prolungate. Nelle emottisi leggere che possono anche guarire spontaneamente questo trattamento sarà sufficiente.

b) *le emottisi sono abbondanti, continue o intermittenti*: bisogna allora ricorrere a vari mezzi:

1) *mezzi compressivi*, cioè il pneumotorace; ma si va incontro a delle difficoltà: l'impossibilità cioè di diagnosticare talvolta il polmone sede dell'emorragia, l'impossibilità di praticare l'operazione di Forlanini in ragione delle aderenze, la tecnica difficile in presenza di una tosse incessante;

2) *mezzi vasodilatatori e ipotensivi*: dei vasodilatatori la preferenza deve essere data al nitrito d'amile per inalazione; esso infatti è un vasodilatatore generale il più rapido e il più potente; lo si accusa di avere azione effimera e di essere seguito da ipertensione, ma ciò non è dimostrato nè sperimentalmente nè clinicamente.

Quanto ai mezzi ipotensivi, la cui azione il più delle volte è dovuta alla vasodilatazione che essi producono è molto discussa l'*emetina*. Dalle numerosissime esperienze fatte con questo medicamento si deduce che essa ha una azione depressiva cardiaca e provoca inoltre rilasciamento della muscolatura vasale, d'onde vasodilatazione che non è vinta nemmeno da un'iniezione di adrenalina. D'altra parte alcuni autori (Macht) avrebbero notato una elevazione di pressione dei vasi polmonari, ma questa esperienza non è stata confermata. In sostanza la vasodilatazione periferica provocata dall'emetina, nitrito d'amile e trinitrina può da sola agire efficacemente diminuendo l'apporto sanguigno nella rete vascolare del polmone ma non può combattere le emottisi dovute alla perforazione di uno o più vasi, non può cioè arrestare le emottisi gravi, ribelli o recidivanti;

3) *mezzi coagulanti*: due sono i principali: l'estratto di lobo posteriore d'ipofisi, proposto da Rist (1913) il cui impiego, per ottenere un'azione sicura e rapida, deve essere fatto iniettando lentamente per via endovenosa un quarto di lobo posteriore in 10 cmc. di soluzione fisiologica isotonica e l'*Anthema* o siero di coniglio, che ha azione presso a poco uguale e si dà a dosi crescenti di 10-30 cmc. previa iniezione di 1-2 cmc. per evitare accidenti serici al precedente. Questi mezzi, che hanno sicura e rapida azione sulla emottisi, non ne escludono però le recidive, potendo il coagulo che si è formato in corrispondenza del vaso beante essere più o meno obliterante, oppure spostarsi, dando luogo di nuovo all'emorragia.

c) *emottisi nel corso del pneumotorace terapeutico*: possono provenire dal polmone opposto a quello in cui si pratica il pneumotorace, oppure da quest'ultimo. In tal caso esse sono dovute allo strappamento di aderenze pleuriche o di un frammento di polmone accollato alla parete toracica; esse sono quindi traumatiche, causate dalla puntura.

Si abbandonerà allora il trequarti e si userà l'ago infiggendolo ad una certa distanza dalla puntura precedente: l'insufflazione sarà fatta lentamente in piccola quantità, il più che possibile in pressione negativa.

Altra causa possibile dell'emottisi nel corso del pneumotorace terapeutico è la compressione brutale del polmone che determina un perturbamento nel regime del piccolo circolo oppure (AA. italiani) la brusca decompressione dovuta al rapido riassorbimento del gas insufflato (fenomeno iniziale).

In ambedue i casi bisogna ricorrere al trattamento medico già descritto: nel primo caso poi non aggiungere nè sottrarre gas, lasciando lo pneumotorace a sè fino al limite sufficiente per le insufflazioni ulteriori; nel secondo caso, accettando l'ipotesi degli AA. italiani, bisogna reinsufflare ma sempre a piccole dosi progressive e in pressione negativa.

Vi sono poi nel corso del pneumotorace emottisi ribelli o recidivanti, Le forme ribelli sono dovute sia a caverne contenenti un aneurisma di Rasmussen rotto, sia a un grosso blocco pneumonico, sia ad una *poussée* evolutiva.

Le forme recidivanti sono invece dovute o a sinfisi progressive molto vascolarizzate i cui vasi neoformati si rompono e sanguinano abbondantemente ad ogni insufflazione, o a stasi venosa generalizzata, o ad uno stato emogenico dell'organismo. In tutti questi casi è stato consigliato il pneumotorace bilaterale, ma la sua efficacia compressiva è molto ipotetica; lo stesso si può dire della frenicectomia se le lesioni si trovano alla base del polmone.

D'altra parte il pneumotorace in corso deve essere continuato con prudenza: in questi casi sarà di grande aiuto il trattamento medico a base di mezzi coagulanti.

Sono da ricordare in ultimo alcune emottisi tubercolari che producono la morte del malato senza che questa possa essere attribuita ad anemia acuta essendo la quantità di sangue perduta molto piccola.

Si tratta in questi casi di sincope? Il trattamento consiste in iniezioni sottocutanee di etere canforato ripetute 5 o 6 volte a 3-4 minuti d'intervallo e di stricnina, adrenalina o efedrina a piccole dosi. La posizione declive è di rigore.

G. LA CAVA.

TRIBUNA LIBERA

La traduzione del "De sedibus„ di Morgagni.

A proposito del recente articolo apparso nel n. 21 dell'anno corrente sulla memoria del prof. Bilancioni: « *Morgagni maestro ai giovani* », il prof. Edoardo Gioia di Pavia ci scrive facendo notare che esiste una traduzione del De sedibus: « *Delle sedi e cause delle malattie anatomicamente investigate da G. B. Morgagni* », libri 5, prima versione italiana di Pietro Maggesi, dottore in filosofia e medicina, Milano, dalla Tipografia di Felice Rusconi, Contrada di S. Raffaele n. 1013, 1823.

Ora, oltre questa, esiste anche un'altra versione italiana con note di F. Chaussier e N. P. Adelon, Firenze, presso Sansone e Coen, editore, 1840.

Ma non si trattava di questo; nell'articolo indicato, si deplorava che i giovani medici uscissero dalle Università senza poter avere la conoscenza dell'opera Morgagniana a mezzo di una versione ammodernata, un poco sfrondata, della classica opera. Le versioni, alle quali abbiamo accennato, sono infatti delle rarità da bibliofili e non possono essere alla portata della classe medica, la quale troverebbe, nella lettura del libro famoso, *vital nutrimento*. *fil.*

A proposito di un nuovo metodo di amputazione della coscia e del braccio.

Riceviamo:

25 maggio 1931.

Egr. Sig. Direttore,

Molte volte gli allievi, avviatisi nell'esercizio professionale, ritengono involontariamente come cose proprie quelle che hanno invece appreso dai loro maestri; e questo può essere accaduto anche a me dal momento che il dott. Gallinaro è così preciso nell'asserire che il prof. Stori eseguì amputazioni col metodo da me descritto sino dall'aprile 1924. Sono quindi molto lieto di dare al mio maestro prof. Stori, verso il quale nutro tanto affetto e tanta devozione, la priorità del metodo e di lasciare a me il merito di averlo illustrato e di averlo difeso da varie obiezioni che mi furono mosse allorchè lo comunicai all'Accademia dei Fisiocritici in Siena.

La risposta a tali obiezioni comparirà nella *Rivista Internazionale di Clinica e Terapia*.

Grazie se vorrà pubblicare questa mia rettifica.

Dott. ANTONIO LAZZERONI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

M. LOEPER. *Thérapeutique médicale. I. Maladies du tube digestif.* Un vol. in-8° di 372 pag. con 42 fig. Masson et C.ie ed. Paris. Prezzo frs. 50.

Questo volume è il primo di una serie in cui il prof. Loeper ed i diversi suoi collaboratori si sono proposti di trattare successivamente la terapia di diversi stati morbosi.

Precede un interessante capitolo sulle grandi tappe della terapia, che deve essere fisica come morale. Sono poi trattate le infezioni boccali e salivari, l'aerofagia, le affezioni organiche dell'esofago. Alle malattie gastriche sono dedicati una diecina di capitoli fra cui: l'appetito e gli amari, vomito e vomitivi, i dolori nelle malattie di stomaco, il trattamento dell'ulcera della stasi, del cancro dello stomaco. Altri otto capitoli riguardano l'intestino: la dispepsia intestinale, la diarrea, la costipazione ed i purganti, ecc. Da ultimo, il trattamento dell'anafilassi digestiva, la medicazione rettale, le cure idrominerali nelle malattie dell'apparecchio digerente.

Anche dalla semplice enunciazione dei titoli, è evidente che si tratta di un libro del massimo interesse per il medico. Alla lettura dei singoli capitoli si ritrovano le principali doti che caratterizzano il Loeper, la chiarezza e la praticità. *fil.*

R. GAULTIER. *Les dilatations de l'estomac.* Vol. in-16° di pagg. 115, con 20 fig. J.-B. Baillière et Fils. Paris, 1930. Fr. 8.

L'A. divide in due grandi gruppi patogenetici le dilatazioni gastriche: stomaci distesi per ectasia gastrica e per stenosi o spasmo.

Per i primi indica i nuovi metodi di cura che la gastrotonometria clinica permette di intraprendere e dirigere, per gli altri insiste sui metodi chirurgici nei casi di stenosi e sulla dilatazione pilorica di Einhorn nei casi di spasmi.

In un capitolo a parte l'A. poi si occupa delle dilatazioni acute di stomaco (aerofagia, ecc.) e di quelle acute post-operatorie, che possono terminare anche col collasso cardiaco e sulla cui natura tanto si è discusso in questi ultimi anni.

Patogenesi, sintomatologia generale e speciale, terapia formano un insieme interessante e utile al medico pratico. A. POZZI.

LEON - MEUNIER. *Traitement médical des affections stomacales.* Un vol. in-16° di 212 pag. con 13 fig. Masson e C.ie, Paris. Prezzo frs. 22.

L'A. enuncia anzitutto alcuni principî di fisiologia che costituiscono la base del trattamento da lui usato. Uno di questi è basato sul-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

l'osservazione che le soluzioni medicamentose introdotte nello stomaco, se concentrate si diluiscono, se diluite, invece, si concentrano fino a raggiungere un *optimum* di concentrazione che corrisponde al punto crioscopico di — 0,38. Le soluzioni medicamentose che corrispondono a tale condizione hanno il vantaggio di non far lavorare le ghiandole gastriche e di evitare un contatto prolungato di una soluzione concentrata con la mucosa gastrica. Un altro principio è basato sulla possibilità di modificare la secrezione gastrica con mezzi esclusivamente alimentari.

Descrive in seguito brevemente i principali tipi della patologia gastrica, diffondendosi particolarmente sulla terapia.

Niente radiologia, un po' di chimismo gastrico, soltanto quanto basta per studiare e comprendere i fenomeni; quindi, mezzi diagnostici e terapeutici alla portata di qualunque medico pratico. *fil.*

M. CHIRAY et R. STIEFFEL. *La colite muco-membraneuse*. Vol. in 16° di pag. 105. Masson et C.ie, Paris. 1930. Fr. 12.

In questa interessantissima monografia si trova uno studio clinico completo della colite muco-membranosa.

La patogenesi di questa forma è stata, come noto, oggetto di lunghe discussioni, sopratutto perchè le ricerche concernenti la patogenesi delle muco-membrane, sembrava avessero fatto perdere di vista l'insieme del quadro clinico. Oggi però dalla maggioranza degli AA. viene ammesso che la colite muco-membranosa è legata ad una particolare forma di squilibrio neuro-vegetativo, che è la costituzione vagotonica.

Dal punto di vista pratico, la sua autonomia sembra legittimata in maniera ancora più certa, perchè si può istituire una terapia speciale per questo tipo di disturbo funzionale.

A. POZZI.

M. PELLINI. *La diagnosi clinica dell'appendicite cronica*. Un vol. in-8°, di 176 pag. con numerose radiografie. Sperling e Kupfer, Milano. Prezzo L. 25.

Il discusso problema dell'appendicite cronica viene esaminato dall'Autrice sulla scorta, non solo di una ricca bibliografia, ma anche di numerose osservazioni personali, che essa riferisce ampiamente corredandole con molte e ben riuscite radiografie.

Risulta, in complesso, dimostrata l'esistenza di una forma di appendicite cronica, tale sin dall'inizio e svolgentesi subdolamente, di diagnosi difficile per l'eccezionale polimorfismo della sua sintomatologia, unita con l'assenza di segni veramente patognomonici.

L'A. studia, quindi, il modo di arrivare alla diagnosi esatta e dà le opportune indicazioni per la terapia. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Piemontese di Chirurgia.

Seduta del 28 marzo 1931.
Presidente: Prof. M. DONATI.

Un nuovo modello di apparecchio per la trasfusione del sangue costruito con materiale "athrombit".

Prof. L. DI NATALE. — È quello ideato dal Burkle de la Camp e che riduce al minimo il contatto del sangue con l'aria. L'O. espone gli inconvenienti incontrati nell'uso dell'apparecchio e cioè la dilatazione olivare degli aghi per il donatore, la mancanza di un rubinetto inferiore di chiusura.

Sulla cura chirurgica del piede equino spastico e contratturale. Dimostrazione pratica con presentazione di operati.

Dott. A. FUSARI. — Gli interventi furono eseguiti con il metodo Camera modificato. Prima dell'atto operativo si corregge in narcosi la deformità del piede o manualmente o con l'apparecchio di Stille; si immobilizza il piede così corretto, con bendaggio gessato, che viene ampiamente fenestrato in corrispondenza del tendine di Achille. Attraverso a questa finestra si pratica l'intervento: si impianta nell'astragalo l'innesto osseo prelevato dalla tibia del lato opposto, in modo che si costituisce un robusto sperone, che si oppone alla contrazione delle masse muscolari tricipitale che tenderebbero a ricondurre il piede in equinismo. Mediante questo arresto si riesce a far diminuire gradatamente lo stato spastico e contratturale del tricipite.

Distacco epifisario superiore dell'omero.

Prof. D. BARGELLINI. — I due casi esposti sono stati osservati nella pubertà: uno di questi era stato diagnosticato e curato subito dopo il trauma, il secondo dopo undici mesi e già consolidato in posizione di varismo con un accorciamento di 5 cm.

Il primo caso fu curato con la riposizione immediata, il secondo con la osteotomia infratubercolare, che ha interrotta la continuità dell'omero all'altezza del collo chirurgico e con l'abduzione del braccio di 90°, ricostituendo l'inclinazione e l'orientazione normale dell'epifisi.

Scapola elevata ed esostosi.

Dott. L. BAI. — I due casi riferiti furono studiati in un ragazzo di 15 anni ed in una ragazza di 14 anni. In entrambi i casi la posizione elevata della scapola era stata provocata dallo sviluppo di esostosi voluminose, di cui una era situata sotto la spina della scapola, l'altra all'angolo supero-interno della stessa. Guarigione dopo la rimozione delle esostosi e dopo opportuna cura di rieducazione del movimento.

Morfologia e topografia chirurgica del plesso ipogastrico superiore di Hovelacque.

Dott. G. CANAVERO. — Lo studio fu eseguito su 65 cadaveri di uomini e 55 di donne. Ha trovato: 1) un grosso cordone apparentemente unico nel 9,2 % nell'uomo e nel 12,7 % nella donna; 2) due nastri paralleli nel 23 % nell'uomo e nel 16,3 % nella donna; 3) un nastro unico a forma di lamina della larghezza di circa un cm. e mezzo nel 49,2 % nei maschi e 52,7 % nelle femmine; 4) rete plessiforme di elementi sottili nel 18,4 % nell'uomo e nel 18,4 % nelle donne.

Da queste ricerche appare come la forma a ner-

vo unico giudicata abituale da Cotte e da Dechaume e frequentissima da Roussel, sia invece la meno comune e secondo l'O. deve essere considerata come non comprendente la totalità degli elementi simpatici che decorrono nella zona.

Il Segretario: VILLATA.

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Seduta del 16 aprile 1931.

Presidente: J. CAPPELLI.

Adenomi multipli bilaterali del rene.

Dott. C. PANÀ. — L'O. illustra un caso di insolita disseminazione nei reni, di piccoli noduli miliariformi che microscopicamente si dimostrano adenomi a tipo tubulare alcuni, a tipo trabecolare altri.

Dopo avere discusso le varie classificazioni proposte per queste forme, l'O. basandosi anche sul fatto della concomitanza di adenomi e cisti renali, crede che il loro sviluppo debba avvenire nello stesso momento nel quale si producono le cisti, cioè che avvenga un distacco di tubuli durante il saldamento tra l'abbozzo ureterico e pelvico, e il blastoma renale.

Assenza congenita totale del setto interatriale del cuore.

Prof. A. COSTA. — In base a un materiale anatomo-patologico di notevole rarità è affrontato il problema morfogenetico ed è prospettata una interpretazione nuova che riferisce i vari tipi di difetto non esclusivamente al septum I come nelle concezioni classiche e correnti ma più razionalmente alle varie formazioni embrionali (setto II, setto intermedio, setto I). È così formulata una adeguata classificazione morfologica e morfogenetica.

È poi preso in esame il probema idraulico del cor triloculare biventriculosum ed è prospettata (con l'appoggio dei vari reperti anatomici) un'interpretazione idraulica nuova: come pure è tentata una nuova spiegazione del tardo insorgere della cianosi.

Atrofia estrema diffusa della calotta cranica.

Prof. A. COSTA. — Attraverso la epicrisi del caso comunicato è portata la dimostrazione che l'atrofia ossea da aumento del carico funzionale può avvenire anche con i caratteri istologici del cosidetto « riassorbimento liscio »: lo aveva prospettato lo Jores mediante ricerche sperimentali sull'influenza dell'aumento del carico sulle ossa: ma in patologia umana non era stato descritto il riassorbimento liscio nella atrofia ossea in aumento del carico funzionale.

Il dott. I. CAPPELLINI parla *sul potere isoemoagglutinante delle varie funzioni proteiche del plasma umano.*

Il prof. J. CAPPELLI presenta ed illustra due casi di *Acanthosis nigricans.*

I Segretari: Prof. L. PICCHI e P. NICCOLINI.

Società di Scienze Mediche di Conegliano e Vittorio.

Seduta del 9 febbraio 1931.

Presiede il prof. COLETTI.

Sulla cachessia cardiorenale e sul concetto patogenico attuale dell'uremia.

Prof. TRAMONTINI. — L'O., dopo un dettagliato esame sintomatico della cachessia cardiorenale, discute sul valore pronostico della triade di Huchard (dimagramento cospicuo, accessi di intenso pallore, adinamia spiccata), e fa rilevare come la osservazione severa dei nefro-pazienti e delle varie funzioni in essi turbate, ha disvelato che le prime manifestazioni rappresentano fatti tardivi rispettivamente ai veri primi esordi la cui intima essenza e il meccanismo iniziale sfuggono quasi sempre all'indagine clinica.

L'O. analizzata la patologia dell'insufficienza epatica e i perturbamenti che essa induce sul rene, sulla tensione osmotica, sul compito del rene di mantenere costante nel sangue la concentrazione delle sostanze minerali, sull'importanza degli organi a secrezione interna, sul metabolismo ecc., in base agli studi di Pende, Pepere, Maragliano, conclude che nell'uremia, sintesi di ogni più grave inquinamento dell'organismo, il movente patologico è ancora ignoto.

Studi comparativi sui vari metodi di ricerca del sangue nelle urine e nelle feci.

Dott. A. CRIVELLARI. — L'O. espone la seguente modifica da lui apportata al metodo del Thevenon e Rolland per la ricerca del sangue col reattivo degli stessi (piramidone gr. 2,50 in alcool a 90° gr. 50) che consiste nell'aggiungere a 7, 8 cmc. del liquido in esame 3 cmc. del reattivo, più 35-40 goccie di acido acetico, più 1 cmc. di H_2O_2 senza agitare: si ottiene in presenza di sangue reazione zonale di tinta bleu che conferisce maggior sensibilità al metodo.

Confrontando i risultati ottenuti col reattivo del Meyer, colla benzidina, colla resina di Guaiaco, il Thevenon appare colla modifica dal R. apportata il reattivo più sensibile. Per la ricerca del sangue nelle feci (previa stempera delle stesse in H_2O) consiglia di usare doppia dose di piramidone in alcool, acquistando in tal guisa maggiore risalto la reazione zonale.

L'iodio presente nelle urine può dare un Thevenon positivo anche col solo reattivo al piramidone ma aggiungendo alcuni cmc. di acido nitrico si ottiene coll'iodio un colore che va dal giallo paglierino all'aranciato, col sangue dal violetto carico al marrone. La ulteriore aggiunta di cloroformio darà la tipica reazione dell'iodio con tinta rossa più o meno intensa, mentre in presenza di sangue la tinta sarà bianco-rosea.

L'O. consiglia per la pratica corrente il metodo suesposto perchè di grande sensibilità e facile preparazione.

Il dott. A. CRIVELLARI riferisce *sul valore terapeutico delle « Sinergine Marfori ».*

Sui metodi di arricchimento del bacillo di Koch negli espettorati.

Dott. DA ROS. — Tra i vari metodi proposti di « arricchimento » del bacillo tubercolare negli escreati il R. illustra i vantaggi che presenta il nuovo metodo proposto dal Velicogna che consiste nel trattare 3-4 cmc. di escreato convenientemente scelto con idrato di soda all'1,5 % fino a completa omogeneizzazione a caldo: indi raffreddata la provetta aggiungere 7-8 cmc. di alcool metilico attendendo la sedimentazione o al caso ricorrendo alla centrifugazione ed eseguendo lo striscio sul sedimento.

L'O. consiglia il metodo di cui sopra per la sua semplicità e rapidità avendo sperimentato che l'idrato di soda non ha alcuna influenza sulla colorabilità dei bacilli acido-resistenti.

Il Segretario: Dott. P. FABRIS.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Lo studio dei sintomi.

Lo studio clinico della malattia nell'uomo, dice I. Ryle (*The Lancet*, 4 aprile 1931), è basato su tre elementi: l'anamnesi, la sintomatologia, l'esame obiettivo. A seconda dei casi, l'uno o l'altro di questi elementi può assumere maggiore o minore importanza per la diagnosi; ma forse quello che più comunemente appare decisivo agli occhi del medico è l'esame obiettivo: eppure il sintoma, cioè il fenomeno puramente subiettivo della malattia, ha importanza altrettanto grande. Senza i sintomi il malato non sarebbe venuto a noi: essi, che costituiscono l'espressione della fisiologia morbosa, precedono di regola quei segni fisici che non sono altro che l'espressione dell'anatomia patologica del vivente: e non solo li precedono, ma sono talvolta più eloquenti di essi.

I sintomi esprimono dunque un disturbo di funzione: e per quanto spesso causati da malattie organiche essi non esprimono la malattia, ma il disturbo di funzione che l'alterazione organica produce.

Gli stessi sintomi possono quindi essere prodotti da disturbi funzionali come da alterazioni organiche.

Sono appunto questi disturbi funzionali che provoca la esagerazione o la depressione o la inibizione dei fenomeni riflessi normali, ciò che costituisce il sintoma morboso. Così, p. e. la dispnea da grande sforzo è fisiologicamente analoga alla dispnea da piccolo sforzo nei cardiaci, l'angina da tabagismo è analoga alla angina da sclerosi coronaria senza averne la stessa gravità e così via per molti altri sintomi.

È dal carattere e dall'associazione dei sintomi che noi possiamo differenziare una sintomatologia dall'altra, ed il medico, pensando all'alterata funzione di cui il sintoma è l'espessione dovrebbe domandarsi: *Che cosa significa questo sintoma?* e non: *a quale malattia appartiene questo sintoma?*

Il significato ultimo dei sintomi è presumibilmente protettivo: la dispnea domanda riposo con vantaggio locale e generale, il dolore esagerato da fame dell'ulcera duodenale chiede cibo per dare riposo chimico e meccanico temporaneo all'ulcera, il dolore di un arto offeso spinge al riposo e così permette la guarigione ecc.

Appare dunque evidente la necessità dello studio dei sintomi: c'è oggi chi profetizza la grande importanza che assumerà nell'avvenire lo studio sperimentale delle malattie nell'uomo: ma lo studio accurato dei sintomi, partendo dal loro significato, chiarirà molti quadri morbosi e renderà grande aiuto alla clinica, per il progesso della quale esperimento ed osservazione devono andare di pari passo.

G. LA CAVA.

CASISTICA E TERAPIA.

• Incidenti dello svezzamento.

Abbastanza frequente è la *sovralimentazione*. Il bambino ha buon appetito e gli si dà troppo latte, troppe farine, ecc. Se questo vitto così abbondante non è tollerato si possono avere dei disturbi digestivi serî, se, invece, non dà che disturbi leggeri, i bambini diventano facilmente obesi.

Qualche volta si ha invece una *ipoalimentazione*, specialmente di aminoacidi, di certi minerali, di certe vitamine. Allora la crescenza si arresta, la nutrizione è turbata e si produce dell'ipotrepsia, dell'anemia, degli stati di carenza.

Altre volte, si danno *troppo presto* delle uova o della carne od altri alimenti che il bambino non tollera; ne risultano delle malattie delle vie digerenti e dei disturbi di nutrizione.

In qualche caso abbastanza raro, il bambino rifiuta ogni altro alimento diverso dal latte. E' allora questione di pazienza e di ingegnosità per vincere la resistenza; si è anche proposto in questi casi, di dare dei succhi di frutta crude od un estratto lisato di lievito di birra.

Quando le farine sono date troppo presto od in eccesso, si hanno disturbi digestivi, che possono avere gravi conseguenze. Diarrea, spesso con flatulenza, presenza di amido nelle feci, prima del 4°-5° mese; tale diarrea porta ad uno stato di atrepsia che favorisce le infezioni.

Vi è inoltre un'*anemia* del periodo in cui dovrebbe avvenire lo svezzamento, quando invece si continua con la dieta lattea esclusiva. Questa deve essere gradatamente sostituita con altri alimenti a partire dal 7° mese, al più tardi. La clorosi dei poppanti è dovuta al fatto che il latte è assai povero in ferro e può essere evitata e curata con l'introduzione di alimenti che ne siano più ricchi.

A. B. Marfan (*Journ. des praticiens*, 6 sett. 1930) consiglia in tali casi di incominciare già al 6° mese con una pappa, meglio se con farina di frumento che con quella di riso (più scarsa in ferro); verso l'anno, si farà con quelle di piselli o di lenticchie (guardando se vengono bene digerite). A questa età, si darà altresì la metà di un rosso d'uovo, osservando la reazione del bambino.

Nei bambini anemici, è consigliabile la zuppa al pane e carne. Si mettono in 350 cmc. di acqua, 25 grammi di pane tagliato sottile (meglio di biscotto) e 15 di carne magra; (even-

tualmente fegato di vitello) si aggiunge del sale e si fa bollire per 2 ore, rimescolando spesso; alla fine si aggiunge mezzo rosso d'uovo ed un po' di burro; passare per un setaccio a maglie non troppo larghe.

Come medicamenti, l'A. consiglia il protossalato di ferro (cg. 10 in un po' di latte o di pappa, due volte al giorno; per quelli oltre i 15 mesi, cg. 15) ed il tartrato di ferro e di potassio (g. 5) in sciroppo di scorze d'arancio amaro (g. 100) con acqua distillata (g. 20). Se ne danno 2 cucchiaini al giorno prima dei pasti (per i bambini sotto i 10 mesi) e 3 (per quelli di età superiore).

Gli effetti di tale medicazione sono abbastanza rapidi; essa però va continuata a lungo.

Fra gli alimenti che si aggiungono e si sostituiscono al latte, ve ne possono essere di quelli che non sono tollerati, fra essi, principalmente le uova, che danno raramente il grande ictus anafilattico e piuttosto della febbre, degli accessi di prurigo-strofulo o di orticaria, meno spesso diarree con coliche; le feci e l'alito sono molto fetidi.

In tali casi, si sopprimerà l'uovo dall'alimentazione e lo si tenterà in seguito a dosi infinitesimali. Utili sono i fermenti digestivi, l'estratto di fegato ed il peptone prima dei pasti (cg. 0,25-0,40).

Anche altri alimenti (pesce, farina, pane, ecc.) possono determinare incidenti anafilattici.

fil.

Dell'anemia da latte di capra.

V. Borra (*Pediatria del medico pratico*, marzo 1931) nella prima parte di questo articolo espone le notizie a noi giunte fin dai tempi più remoti, sulla pratica dell'allattamento con latte di capra, e le osservazioni fatte dai più antichi medici sui vantaggi e sugli svantaggi di questo tipo di alimentazione. Molti Autori fino a qualche anno fa poterono affermare di aver ottenuto magnifici risultati con il latte di capra e solo nel 1907 in Italia, Nicolò Fede in una riunione della Società Italiana di Pediatria disse di aver potuto notare, in molti casi di allattamento misto con latte di capra, l'insorgenza di gravi disturbi intestinali e tossici.

L'accenno del Fede cadde però nell'indifferenza, ma poco più tardi osservazioni di disturbi dovuti a latte di capra furono riferite da Czerny, Keller e da Scheltema di Gröningen, anzi fu il primo Scheltema a descrivere nel 1916 alcuni casi di anemia da latte caprino.

A spiegare tale anemia molte teorie furono quindi esposte: così quella degli acidi grassi volatili, quella della avitaminosi, quella di un danno che si produce su fondamenti costituzionali, per un fattore anemizzante non determinato o per ambocettori emolitici ecc.

Secondo Barbacci (1928) l'anemia da latte di capra, sarebbe basata su tre fattori: ipofunzione costituzionale del midollo osseo, mancanza di ferro negli alimenti ed emolisi esagerata; e fattori di emolisi sarebbero gli acidi grassi volatili del latte di capra.

Ma fra tutti gli Autori non esiste un accordo, e le teorie emesse restano ancora allo stato di ipotesi.

Maggior accordo si ha riguardo al quadro clinico ematologico e anatomopatologico di questa particolare forma di anemia, quadro che l'A. qui espone dettagliatamente, accennando quindi in breve ai mezzi terapeutici che possono portare rapido miglioramento dell'anemia.

L'A. infine parla di esperimenti da lui condotti su vari animali per saggiare il grado di tolleranza verso il latte di capra, esperimenti nei quali avrebbe osservato l'insorgenza di gravi diarree, anche mortali.

L.A. si ripromette quindi di condurre una serie di ricerche sull'argomento prendendo in esame i singoli componenti del latte di capra.

C. NERVI.

Avvelenamento da anilina nel neonato.

Ne descrive 13 casi il Weinberg (*Americ. Journ. of Obstetrics and Gynecology*, gennaio 1931) osservati in una corsia ostetrica del Kings Country Hospital di Brooklin e dovuti all'anilina usata per stampigliare il numero della corsia sulla biancheria destinata a questi bambini. La stampigliatura era fresca e la biancheria così stampigliata non era stata lavata dopo l'applicazione di anilina; inoltre l'anilina era a contatto diretto colla pelle dei bambini.

Clinicamente furono notati i seguenti fatti: polso frequente, ma ritmico, temperatura normale, respiro frequente ma ritmico, cianosi notevole, anoressia, apatia, diminuita eccitabilità agli stimoli. In un caso ci furono fenomeni convulsivi.

Tutti i bambini guarirono in 24-72 ore.

La sostanza colorante, analizzata, era composta di fenolo, acido levulinico, anilina e indulina.

La cura consistette nel togliere la biancheria incriminata, nel togliere con alcool o etere le macchie lasciate sulla cute, nel somministrare ossigeno col 5 % di acido carbonico.

R. LUSENA.

Le artriti acute purulente nei lattanti.

Lo studio di E. Santi (*Ann. It. di Chir.* maggio 1930) riguarda i casi di artrite purulenta osservati nella Clin. Chir. Pediatrica di Firenze negli anni 1919-1928.

Si tratta di 30 casi in bambini fino ai 15 mesi di vita; dal loro studio appare che la massima frequenza si ha nel 1° e 2° mese di vita, in grande maggioranza son dovute a diplococco e spesso sono secondarie ad affezio-

ni dell'apparato respiratorio. Le più colpite sono le articolazioni dell'arto inf. e dal punto di vista anatomo-patologico si tratta più di frequente di artriti che non di osteoartriti.

La prognosi è grave sia per la vita che per la funzione.

L'A. è poco favorevole alla cura col semplice svuotamento a mezzo di punture, da riservarsi solo ai casi lievi di artrite diplococcica, negli altri casi preferisce l'artrotomia associandola all'uso di sieri e autovaccini.

G. MATRONOLA.

Nel linfatismo infantile.

J. Comby (*Presse méd.*, 17 dic. 1930) consiglia:

1) Igiene generale della pelle, del tubo digerente, dei polmoni, del sistema nervoso, mediante:

a) doccie quotidiane di acqua calda, versando sul corpo parecchi litri di acqua a 37°-38°. In seguito, frizioni secche, col guanto di crine;

b) alimentazione sostanziosa, più vegetariana che carnea; carne non più di una volta al giorno; insistere sui legumi, le insalate cotte, le frutta crude, il pane integrale, se vi è costipazione. Bere dell'acqua (un bicchiere alla fine dei pasti). Mangiare lentamente;

c) vivere il più che sia possibile all'aria libera; cura d'aria, di sole, soggiorno in campagna, in montagna, al mare. Esercizi fisici moderati;

d) ambiente calmo, coricarsi presto, non uscire la sera; evitare lo strapazzo intellettuale.

2) Prendere, 10 giorni al mese, un cucchiaino da caffè, prima dei pasti, di arseniato di sodio (due centigrammi) in 100 cmc. di acqua bollita.

3) Per i 10 giorni seguenti, un cucchiaio di un buon olio di fegato di merluzzo, al mattino, durante l'inverno.

4) Per i 10 giorni seguenti, prendere una delle cartine seguenti, in un cucchiaio d'acqua zuccherata, prima dei due pasti principali:

Protossalato di ferro	cg.	10
Magnesia calcinata	»	15
Carbonato di calcio	»	20
Fosfato di calcio	»	25

In seguito, ricominciare la serie.

5) Trattamento locale, secondo lo stato dei gangli, delle narici, della gola; applicazioni calde, instillazioni, inalazioni, amigdalectomia, adenoidectomia, ecc.

6) Cure termali clorurate, sodiche, arsenicali o solforose, fredde o calde, secondo le localizzazioni.

fil.

Nuovi aspetti della terapia col viosterolo (ergosterolo irradiato).

Il potere antirachitico dei raggi ultravioletti fu annunziato nel 1924 da Hess e poi da Steenbok e due anni dopo fu dimostrato da Windaus e Hess e da Rosenheim e Webster che dipendeva dall'ergosterolo. Hess, Lewis e Rivkin (*The Journal of The American Medical Association*, 14 giugno 1930) hanno studiato in 60 bambini ricoverati in un istituto modello la capacità del viosterolo di prevenire il rachitismo. I bambini, che facevano vita all'aperto, erano alimentati con dieta appropriata all'età e a tutti era somministrato del succo d'arancio. L'età dei bambini oscillava fra 4 e 12 mesi. Il viosterolo fu somministrato in autunno e in inverno in dose di 10-20 gocce della soluzione oleosa. Si seguirono i bambini studiando il calcio e il fosforo inorganico del sangue e facendo delle radiografie. In 10 casi si ebbero segni lievi di rachitismo, però anche in questi casi il fosforo inorganico del sangue non era diminuito. In nessuno dei bambini studiati comparve ipercalcemia.

Probabilmente l'ergosterolo irradiato contiene un fattore che aumenta il fosforo del sangue indipendentemente dalla sua azione antirachitica.

R. LUSENA.

IGIENE.

La campagna antimalarica nell'Agro romano durante il 1929.

G. Pecori e G. Escalar (*Riv. di Malariologia*, 1930, n. 5, 7 fig., 2 graf. e 1 carta topografica) hanno fatto su questo argomento una ampia relazione documentata.

L'andamento della malaria nell'Agro romano durante il 1929, è caratterizzato da una lieve recrudescenza dell'epidemia, ciò che da un lato trova la sua spiegazione nella legge sul ritmo della malaria enunciata dal Celli, mentre dall'altro può bene trovare la sua causa nell'aumento di popolazione specialmente nomade dell'Agro stesso, ivi raccolta per l'intensificazione dei lavori per la bonifica integrale. Nella zona di Maccarese, di fatto, dove più intensi fervono tali lavori, si sono avuti 257 febbricitanti in più (su di un totale di 570) nel 1929 rispetto al 1928.

La cifra totale dei febbricitanti nell'Agro (2493) non è molto elevata in rapporto con la popolazione totale (76.637, di cui 30.518 nomadi), dando una proporzione di morbosità del 3,8 %, un po' superiore a quella del 1928 (3,3 %) ma uguale a quella del 1927.

La maggiore morbosità, e conseguentemente il maggior pericolo, si riscontrano nella popolazione nomade, che ha dato una morbosità del 5 % (in confronto del 3 % fra gli stabili) ed una recidività del 3,7 % (in confronto dell'1,7 % fra gli stabili).

L'aumento della morbosità si ebbe soltanto in quattro delle zone dell'Agro (ivi compresa quella di Maccarese), mentre per le altre si ebbe una notevole diminuzione, con la discesa sotto l'1 % ed in alcune anche a 0,15 %.

Altri fenomeni confortanti sono: il fatto che all'aumento notato della morbosità ha contribuito specialmente la terzana benigna (il che indica una sempre minore gravezza dell'infezione) e l'arretramento continuo della malaria attorno a Roma, tanto che ben otto stazioni sanitarie suburbane vennero trasformate in semplici condotte urbane senza attrezzatura antimalarica, mentre nelle altre zone suburbane la morbosità si ridusse dal 0,84 % (nel 1928) al 0,52 % nel 1929. Vaste estensioni alla periferia della città, nelle quali fino a pochissimi anni addietro si aveva ancora malaria, ne sono ora del tutto immuni. Roma ha dunque oggi tutto attorno una vasta zona senza malaria, zona che va rapidamente estendendosi senza timori di sorta e che conquista l'Agro, di cui è già così bene avviata la redenzione.

La relazione contiene molti particolari sui metodi di lotta e di studio, che possono costituire un utile ammaestramento per chiunque s'interessa di tali problemi. Accenneremo qui ad alcuni punti principali.

Importante è l'avere un personale su cui fare sicuro affidamento. Il nucleo di questo è dato dai medici, che alloggiano in belle e comode *stazioni sanitarie*, nei centri delle diverse zone rurali. I proprietari di varie tenute hanno, poi, delle infermerie e dei servizi di assistenza gestiti per proprio conto. Vi sono inoltre squadre di profilassatori-profilassatrici, di segnalatori-disinfestori, oltre al personale ausiliario volontario che collabora attivamente.

In un apposito laboratorio si fanno esami di sangue e si studiano le zanzare catturate, mentre per l'accertamento diagnostico si hanno altri 16 centri rurali. Nel solo laboratorio centrale, si eseguirono 11.395 esami di sangue, di cui 1574 risultarono positivi.

Per quanto riguarda le diverse forme di malaria nei vari mesi dell'anno, risulta che le primitive di terzana benigna, si verificano specialmente in estate ed autunno, mentre le recidive si hanno specialmente in primavera; per la terzana maligna, le recidive come le primitive sono più numerose in estate ed autunno. Rare sono state le quartane, in tutto 11 casi di primitive, quasi tutti autunnali, come quelli di recidiva.

La malaricità nei bambini sotto i 10 anni fu del 6,5 % e quella dei bambini sotto i 2 anni, del 3,1 %. L'indice splenico nelle scuole rurali fu del 10,2 %.

Pochi e non tutti accertati con l'autopsia furono i morti di perniciosa, otto in tutto; due furono i morti per emoglobinuria da chinina.

Largamente ed intensamente applicate furono la piccola bonifica e la lotta antilarvale col verde di Parigi, con le gambusie, le trote, la lemna. Dove la lotta fu applicata con scrupolo ed i risultati non vennero limitati da altri fattori, si notò una diminuzione dell'indice di malaricità.

Importante e molto utile fu la cattura degli alati fatta combinando la cattura manuale (con provettoni di vetro legati all'estremità di un bastone) alla fumigazione; corrispose bene lo spruzzamento del liquido zanzaricida: formula Alessandrini. La maggior parte degli anofeli catturati apparteneva alla specie *maculipennis*, e solo raramente venne trovato il *bifurcatus*. La proporzione degli infetti fu del 0,57 %.

Venne estesa e studiata accuratamente la zooprofilassi, mediante zone di porcili messe a difesa delle abitazioni. Risultò anzitutto che gli animali stabulati esercitano un'evidente azione antimalarica se sono tenuti permanentemente nelle stalle; queste devono avere temperatura non troppo alta, una discreta umidità e non devono essere ventilate. Le aperture per cui debbono entrare le zanzare non vanno esposte al vento dominante della regione. Le stalle devono sorgere fra le acque malarigene e le case da proteggere, in prossimità delle dette acque, ad una certa distanza (non eccessiva) dalle abitazioni. Inoltre, si deve tener presente che il numero degli animali stabulati deve essere, in certo modo, in proporzione dell'anofelismo e non delle persone da proteggere.

Vengono poi fornite utili indicazioni sulla profilassi chininica, sulla cura, nonchè sull'educazione antimalarica, attivamente condotta.

I risultati ottenuti e bene illustrati dalla relazione dimostrano che, mediante una lotta diretta con la piena conoscenza di tutti i metodi e proseguita con fervore e tenacia, la malaria si può domare; si è avuta, nel 1929, la permanenza nell'Agro romano di un numero di individui così grande, quale da secoli non si ricordava e nelle località da cui, ancora nei primi anni di questo secolo, ogni mano d'opera, d'estate, fuggiva. Le lievi oscillazioni rientrano nelle inevitabili variazioni e sono in gran parte connesse col nomadismo, che scomparirà esso pure in queste terre feraci, per cui la completa redenzione dalla malaria non può ormai più essere messa in dubbio.

fil.

VARIA.

La telegonia.

Gli allevatori di animali ritengono che la prole di una femmina dovuta a più maschi risente sempre dell'influenza del maschio che per il primo la fecondò.

A questa specie di eredità per influenza esterna, per impregnazione maschia della femmina, per contagio umano dei germi, è stato dato il nome di telegonia.

Gli studii su questo fenomeno furono ripresi durante la guerra e suscitarono in Fran-

cia appassionate discussioni nelle accademie scientifiche e perfino nel Parlamento.

Si richiese che le donne francesi ingravidate dai soldati tedeschi durante il periodo di occupazione delle terre del nord della Francia dovessero essere costrette all'aborto per evitare che i loro figli successivi avessero l'impronta dei primi uomi, dei soldati di razza teutonica, che le possedettero.

Conviene dire in omaggio alla verità ed al buon senso che queste proposte suggerite dall'odio rimasero senza effetto, e le gentili donne francesi continuarono a filare i loro amori con i rozzi tedeschi e a partorire bei figli di razza mista senza alcuna preoccupazione del destino dei loro figli successivi.

E non è men vero che il processo di chiarificazione storica ha dimostrato che le pretese violenze dei soldati tedeschi sulle donne, in particolare sulle monache, furono esagerazioni, se non invenzioni, come quelle delle mutilazioni dei bambini belgi, intese a fomentare l'odio contro i nemici.

Ritornando alla telegonia diremo che essa cominciò ad acquistare carattere scientifico dopo che Darwin se ne interessò studiandone un caso che parve chiaramente confermarla. Una giumenta araba quasi puro sangue fu montata da una zebra, ed ebbe un meticcio. Dopo un anno fu montata da un cavallo arabo nero e ebbe due puledri che erano in parte bai e presentavano alle gambe striscie come quelle della zebra e come queste avevano la criniera corta. Dopo qualche tempo fu montata da un altro stallone arabo e la prole presentava ancora qualche carattere della zebra.

Successivamente osservazioni analoghe furono fatte su i cani, i gatti, gli ovini, i bovini, i suini, i roditori, negli uccelli.

A favore della telegonia nell'uomo parlerebbe il caso ricordato da Hebert Spencer. Una donna bianca ebbe rapporti con un negro prima e poi con un bianco.

Si constatarono particolarità negre nei figli del secondo letto.

Cornevin cita il caso seguente. La vedova di un ipospade ebbe da un secondo marito quattro figli ipospadi, di cui due trasmisero alla loro prole la stessa anomalia. Lo stesso autore riferisce il caso di una donna maritata ad un sordo-muto, dal quale ebbe un figlio sordomuto. Dal secondo marito ebbe un altro figlio sordo-muto e poi figli normali.

Se la telegonia ha assertori autorevoli, come Darwin e Spencer, non ha tuttavia trovato generali ammissioni.

Sta di fatto che i casi favorevoli sono tanto rari da potersi considerare più come eccezionali che normali. Ogni qual volta si è voluto controllare il fenomeno con esperimenti fatti su larga scala e nelle condizioni più propizie si sono avuti sempre insuccessi.

È probabile che i rari casi positivi siano dovuti a fatti di reversione, ossia alla comparsa nella prole di elementi ancestrali comuni ai maschi progenitori, o che si tratti di una semplice coincidenza.

Se la telegonia non è sicuramente ammissibile per la scarsezza dei casi finora registrati e per la negatività degli esperimenti esistenti al riguardo, ancora meno accettabile appare dal lato teorico.

Per spiegare la pretesa influenza del primo maschio sulla prole successiva si sono avanzate varie ipotesi.

Così si è sostenuta la persistenza in vita di spermatozoi del primo maschio negli organi genitali della donna attraverso e oltre tutto il periodo di una gestazione e anche di più gestazioni.

Secondo altri le sostanze derivanti dalla disgregazione degli spermatozoidi possono persistere ed influenzare la ovaia e gli ovuli.

Secondo un altra concezione gli spermatozoi in eccesso provenienti dal primo maschio eserciterebbero una tale influenza fisiologica sulla costituzione della madre da avere una influenza sulle gestazioni successive.

Più plausibile è la teoria secondo la quale la madre sarebbe influenzata dal feto durante la gravidanza, e tale influenza si estrinsicherebbe sulla prole successiva. Secondo questa ipotesi della saturazione i caratteri del maschio mentre si sviluppano nell'embrione invaderebbero l'organismo femminile e darebbero alla sua costituzione un'impronta che poi si estrinsicherebbe sugli altri figli.

Come si ha il passaggio di ormoni dall'embrione alla madre durante l'intima simbiosi prenatale così è possibile che l'organismo d'un prodotto in parte paterno possa attraverso scambio di ormoni agire sull'organismo materno e modificarlo in modo da imprimere qualche suo carattere anche al prodotto di un altro padre.

La concezione telegonica non poggia quindi su dati sperimentali nè è spiegabile al lume delle nostre conoscenze fisiologiche.

Le scarse osservazioni fatte da alcuni scienziati hanno dato un effimero valore alle credenze superstiziose di allevatori di animali.

Si può con Erwart attribuire l'errore ad una falsa interpretazione di reversioni.

L'incrocio di razze differenti provoca spesso apparenti ritorni indietro.

Quando questi fenomeni di reversione si producono è sempre a danno dell'allevatore. E la spiegazione del fenomeno si trova nella telegonia; s'attribuisce cioè la reversione non all'incrocio immediato, come sarebbe corretto, ma a qualche incrocio antico, di cui l'allevatore non ha la responsabilità. Si fa così del maschio precedente il capro espiatorio della reversione. *argo.*

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

CONTROVERSIE GIURIDICHE

XIX - Concorso - Nomina annullata - Rinnovazione - Violazione del giudicato.

Con avviso 25 novembre 1921 il Comune di Grottaferrata indisse un concorso per la nomina del medico condotto.

La Commissione escluse alcuni concorrenti per difetto di legalizzazione del certificato di iscrizione all'ordine dei medici e poi formò la graduatoria degli ammessi. Il Comune nominò il dott. Marinetti. Uno dei concorrenti esclusi ricorse al Consiglio di Stato, il quale annullò la nomina per vizio della risoluzione della Commissione circa la esclusione per irregolarità formale dei documenti. La decisione si riferiva espressamente alla esclusione del dott. Mazzoni, ricorrente; ma l'amministrazione comunale, rinnovando il procedimento del concorso, invitò i concorrenti a ripresentare i titoli e i documenti: invitò anche coloro che erano stati esclusi *per lo stesso motivo, di irregolarità formale*, ma non avevano prodotto ricorso. Sulla base della nuova graduatoria, fu nominato il dott. Attanasio. Ma questo provvedimento fu annullato dal Ministero dell'Interno, con decreto 19 dicembre 1925, essendosi ritenuto che spettasse alla Commissione e non al Comune di stabilire se gli effetti del giudicato del Consiglio di Stato dovessero essere limitati al concorrente che aveva prodotto il ricorso o potessero estendersi anche agli altri che erano stati esclusi per lo stesso motivo. Contro il decreto ministeriale ricorse al Consiglio di Stato il dott. Marinetti deducendo che non si trattava tanto di una quistione di competenza della Commissione o del Comune, ma la risoluzione stessa era errata, perchè gli effetti del giudicato erano stati ampliati arbitrariamente. In altri termini, si doveva stabilire se la decisione del Consiglio di Stato avesse efficacia soltanto per il concorrente escluso, che aveva presentato il ricorso, o se ne derivassero effetti anche sui concorrenti che erano nelle stesse condizioni. La V Sezione, con decisione 17 dicembre 1926 numero 462, dichiarò che spettava all'amministrazione e non alla Commissione di regolare i limiti e le condizioni del procedimento rinnovato, ma soggiunse che, sebbene gli altri concorrenti non avessero partecipato al giudizio, il Comune poteva disporre spontaneamente la loro riammissione al concorso. Furono così precisati gli effetti del giudicato, nel senso che non giovassero direttamente e senz'altro agli esclusi non ricorrenti, ma l'amministrazione potesse riammetterli tutti.

La V Sezione, premesse queste considerazioni, annullò il decreto ministeriale limitatamente alla parte che dichiarò illegittima la riammissione di tutti i concorrenti. Fu, conseguentemente, disposto che gli atti fossero rinviati alla Commissione giudicatrice e la procedura del concorso dovesse essere rinnovata incominciando dall'esame della regolarità dei titoli dei canditati.

Soggiunse il Consiglio di Stato che la Commissione dovesse giudicare in base ai documenti originariamente prodotti dai concorrenti. Fu ricostituita la Commissione, la quale graduò primo il dott. Marinetti e secondo il dott. Scarpace. Il Podestà, con deliberazione 21 settembre 1929, nominò il 2°. Nuovo ricorso del dott. Marinetti.

La V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 6 marzo 1931 n. 150, ha dichiarato che legittimamente il Prefetto, non potendo ricostituire la antica Commissione, ne costituì una nuova; ma ha annullato la deliberazione di nomina perchè la Commissione erroneamente aveva tenuto conto dei titoli e dei servizi posteriori al termine del concorso annullato, dovendo invece limitarsi a giudicare in base ai titoli originariamente prodotti.

L'errore della Commissione è evidente: rinnovandosi il procedimento del concorso, la condizione dei concorrenti doveva essere esaminata così come si era costituita allora e, per altro, questa norma di condotta era stabilita espressamente dal giudicato nascente dalla decisione del Consiglio di Stato che aveva annullato il provvedimento ministeriale.

Per effetto della decisione 6 marzo 1931, che non è forse l'ultima della serie, deve essere rifatto il giudizio della Commissione, salvi nuovi provvedimenti e forse anche nuovi ricorsi. Per questo concorso si controverte dal 1921! Ed ora si ricomincia da capo.

Questi gravi inconvenienti potrebbero essere evitati da maggiore attenzione, se non altro.

Giuridicamente il caso è interessante: perciò è stato segnalato. È da notare che l'ultima decisione ha accolto il ricorso del dottor Marinetti per vizio della graduatoria, sebbene il ricorrente fosse classificato primo. Come in altri casi, è stato ritenuto ammissibile il ricorso anche se l'interesse non sia offeso dall'*ordine* della graduatoria, ma il concorrente classificato primo si dolga del giudizio della Commissione e denunzi motivi di illegittimità perchè, per es. il giudizio potesse essere più favorevole o il concorrente nominato dovesse essere classificato diversamente.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, cons. legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

INSEGNAMENTO SUPERIORE.

L'insegnamento universitario al Senato.

Il bilancio dell'Educazione Nazionale è stato discusso al Senato del Regno su relazione dell'on. Torraca.

Ci limitiamo a sunteggiare le parti della discussione che più possono interessare i nostri lettori.

L'on. V. Scialoia ha chiesto che i professori giunti ai limiti d'età non siano allontanati bruscamente, dopo essere stati per tanti anni servitori della scienza; ma possano fruire delle aule e dei gabinetti e sia ripristinato per essi il titolo di emeriti.

A lui si è associato l'on. Brugi, il quale ha rilevato che, dalla proclamazione del Regno d'Italia ad oggi, le nostre Università, per merito del corpo insegnante, pur essendo povere di ogni cosa, hanno compiuto progressi giganteschi.

L'on. Menozzi ha deplorato l'insufficienza di mezzi, ciò che costringe ad una via stentata.

L'on. Rava si è associato. Ha preso in esame la sistemazione degli edifizi universitari di Roma e consigliato il concentramento delle biblioteche che dipendono dall'Ateneo romano.

L'on. Giordano si è occupato degli studi nelle Facoltà mediche, trattenendosi particolarmente sull'esame di Stato.

L'on. Supino ha lamentato l'inconveniente che deriva dalla possibilità di tralasciare non soltanto l'esame, ma anche la frequenza di materie fondamentali e si è augurato che il ministro provvederà ad eliminarlo.

Sono stati fatti vari accenni d'ordine politico.

Dopo alcune dichiarazioni del relatore, ha preso la parola il ministro on. Giuliano. Egli afferma che, per creare una grande cultura fascista, bisogna prima di tutto creare una grande cultura e quindi rispettarne tutte le esigenze, non costringerne l'attività mentale nei modelli dell'azione di un momento. Ogni uomo di vera cultura appartiene alla storia dell'Italia fascista, anche se non ne ha esplicita consapevolezza, anche se non ama la nostra organizzazione politica, anche se non ha capito tutte le esigenze della nostra azione pratica. V'è una minoranza che si allontana dalla storia o ne è abbandonata; ma è un fatto innegabile che professori e uomini di cultura sono in grande maggioranza fascisti.

Assicura che il Governo segue con vigile cura ed asseconda nei limiti delle possibilità di bilancio le necessità dei gabinetti e dei laboratori universitari.

Promette agli on. Scialoia e Brugi di studiare un atto di giusto riconoscimento dell'opera prestata dagli insegnanti nel momento in cui per i limiti inesorabili di età, abbandonano la scuola.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

In sede di bilancio.

In occasione delle recenti discussioni al Senato del Regno, sono stati sollevati alcuni problemi sanitari. Ce ne occuperemo prossimamente.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Ambivere. — (V. Mapello).

Ancona. *Ospedale Civile Umberto I.* — Cercasi assistente volontario con tutti i doveri degli assistenti effettivi, con probabilità di nomina, rendendosi vacante un posto di assistente effettivo. Vitto e alloggio tutti i giorni e qualche incerto. Inviare domanda e *curriculum vitae* alla Direzione Sanitaria.

Bergamo. *Ospedale Maggiore Principessa di Piemonte.* — Aiuto ed assistente per l'Istituto di Radiologia e Terapia fisica; rispettivam. L. 7480 e L. 6600, eventual. c.-v., partecipaz. utili 15 e 5 %; all'aiuto è inibito l'esercizio privato o presso Enti; all'assistente è fatto obbligo di pernottare e del servizio di guardia a turno. Età lim. 35 e 30 a. Scad. ore 12 del 27 giu. Tassa L. 50. Chied. annunzio.

Borgofranco Po (*Mantova*). — Scad. ore 18 del 15 lug.; L. 7920 già ridotte del 12 %, 5 quadrienni dec., c.-v., L. 600-2000 trasp., L. 500 uff. san.; età lim. 39 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 30 mag.

Burgio (*Agrigento*). — Scad. ore 18 del 30 giu.; L. 10.000 e addizion. di L. 500 per ogni 250 poveri oltre i 1000; 4 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; serv. entro 15 gg.

Cassino (*Frosinone*). — Per S. Angelo in Theodice; L. 8500 oltre L. 1400 cavalc.; riduz. 12 %; 5 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; doc. non anteriori al 4 marzo. Scadenza 19 luglio. Assunz. entro 15 gg.

Ferriere (*Piacenza*). — Per la seconda condotta. Stip. annuo L. 11.000; indennità cavalcatura L. 4200. Domanda e documenti di rito entro il 30 corr. giugno. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale.

Grosseto. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli e per esami. Assistente della Sezione Chimica del Laboratorio Provinciale di Igiene e di Profilassi. Stipendio iniziale L. 9500, aumentabile di un decimo per ogni quadriennio, fino a raggiungere il massimo di L. 14.250, più supplemento di servizio attivo di L. 1500, indennità di alloggio di L. 500, ed altra indennità di caro viveri, se ed in quanto dovuta, nella misura e durata degli altri impiegati della Provincia, nonchè di una quota di partecipazione agli introiti per contravvenzioni ed analisi, ricerche, ecc. Le domande, corredate dei relativi documenti, dovranno essere inviate alla Segreteria della Provincia entro il 31 luglio 1931. Richiedere il bando di concorso per conoscere tutte le altre condizioni alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale.

Magrè all'Adige (*Trento*). — Scad. 30 giu.; rivolgersi Segreteria.

Manciano (*Grosseto*). — Seconda condotta. Per titoli. Stipendio L. 10.000 riducibili del 12 %; assegno annuo rivedibile, se l'eletto sarà coniugato, di L. 700 fino a conservazione, riducibile del 12 %; dieci aumenti triennali del ventesimo. Età massima anni 35 salvo eccezioni di legge; documenti soliti. Scadenza 20 luglio. Richiedere l'avviso integrale di concorso, alla Segreteria Comunale.

MAPELLO e AMBIVERE (*Bergamo*). — Condotta consorziale medico-chirurgica-ostetrica. Al posto sono annesse le seguenti indennità: Assegno residenziale L. 7400; Assegno quale Ufficiale Sanitario lire 520; Assegno per l'ambulatorio L. 440; Indennità mezzi trasporto L. 1760; indennità di L. 2 per ogni inscritto nell'elenco poveri ammessi all'assistenza e ai medicinali gratuiti; e di L. 5 per gli inscritti nell'elenco poveri aventi diritto alla sola cura medica ed ostetrica. Indennità caro viveri con le riduzioni di legge. L'assegno residenziale e quello di Uff. Sanit. avranno l'aumento di un decimo per quinquennio e per cinque quinquenni. Le domande in bollo di L. 3 e i documenti, l'elenco dei quali e le rispettive modalità possono leggersi nel bando di concorso da richiedersi, debbono pervenire all'Ufficio Comunale di Mapello entro il 5 agosto 1931.

MOLINI DI TRIORA (*Imperia*). — Per titoli. Stipendio lordo L. 9000 per 500 poveri, con addizionale di L. 5 per ogni povero in più, dieci aumenti biennali di un ventesimo; indennità di L. 500 quale Ufficiale Sanitario e di L. 500 per servizio ostetrico sino a quando non si sarà provveduto alla nomina della Levatrice condotta, nonchè lire 2000 per indennità di cavalcatura. Gli assegni di cui sopra sono soggetti alle trattenute di legge. Domanda e documenti debbono pervenire all'Ufficio Comunale di Molini di Triora, entro il 18 luglio. Allo stesso ufficio può richiedersi il bando di concorso per conoscere l'elenco dei documenti e altre modalità.

MOMBELLO MONFERRATO (*Alessandria*). — Scad. 25 giu.; 1ª cond.; L. 7000 oltre L. 2000 trasp.. L. 700 uff. san., sotto deduzione del 12 %; tassa L. 50,10.

MONREALE (*Palermo*). — Scad. 90 giorni dal 1° mag.; per Pioppo; L. 9450 oltre L. 1500 trasp., decurtati del 12 %; età lim. 40 a.

PESARO-URBINO. *Amministraz. Provinc.* — Medico primario nell'Ospedale Psichiatrico Provinc. con sede in Pesaro; scad. ore 18 del 25 ag.; titoli; età lim. 42 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 23 mag.; titoli di preferenza: pratica di laboratorio; stip. L. 13.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 910 serv. att. c c.-v.; riduz. 12 %; alloggio non mobiliato o indennità; riconoscim. serv. anteriore.

PIAGGINE (*Salerno*). — Per Valle dell'Angelo; proroga a tutto 30 giu.

PISTOIA. *Amministrazione Provinciale.* — In seguito alla disposta revoca del concorso al posto di assistente della Sezione Medico-Micrografica indetto l'11 aprile u. s., è invece aperto il concorso al posto di coadiutore della Sezione medesima del Labor. Prov. di Igiene e Profilassi alle condizioni seguenti: stipendio annuo L. 10.500 aument. di sei decimi triennali; indennità di servizio attivo in L. 1900 annue e di caro viveri nella misura corrisposta dallo Stato ai proprii impiegati, nonchè il 15 % dei proventi ricerche e analisi di interesse privato. Gli anzidetti assegni sono soggetti alle ritenute di legge. Le domande in carta bollata di L. 3 unitamente ai prescritti documenti, l'elenco e modalità dei quali possono leggersi nel bando da richiedersi alla Segreteria, debbono pervenire alla predetta Segreteria della Provincia di Pistoia, non più tardi delle ore 12 del 4 luglio 1931.

ROMA *Ministero delle Comunicazioni.* — Medici per i Reparti di Giulianello e di Albano; scad. ore 17 del 15 lug. Rivolgersi all'Ispettorato Sanitario di Roma.

SESSA CILENTO (*Salerno*). — Per titoli. Stipendio annuo L. 7000 più L. 1500 per indennità di cavalcatura, ridotti del 12 % a termine R. D. Legge 20-11-1930, N. 1491, ed al lordo ritenute per R. M. e contributi Cassa di Previdenza ed I.N.I.E.L. Scadenza 15 agosto. Documenti di rito. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale.

SONDRIO. *Amministrazione Provinciale.* — Direttore della Sezione Medico-Micrografica presso il Laboratorio Provinciale di Igiene e profilassi. Stipendio annuo L. 15.000 oltre l'indennità di servizio attivo di L. 3000. Trattenute di legge. Scadenza 31 agosto. Richiedere spiegazioni alla Segreteria Provinciale.

STANGHELLA (*Padova*). — Scad. 30 giu.; L. 9000 fino a 1000 pov., addizion. L. 5. cavallo o autom. L. 3000, se uff. san. L. 700, ambulat. L. 600; alloggio e terreno dietro canone di L. 1200.

SUMIRAGO (*Varese*). — Scad. 20 giu.; L. 9000 e 5 quadrienni; indenn. uff. san.

TORINO. *Ospedale Mauriziano Umberto I.* — Scad. ore 18 del 30 giu.; 5 assistenti di chirurgia e 3 di medicina. Rivolgersi al Gran Magistero dell'Ordine Mauriziano, presso il quale si può prendere visione delle condizioni particolareggiate del concorso.

VISSO (*Macerata*). — A tutto 31 lug.; L. 8800 e 4 quadrienni di L. 800, oltre c.-v. e L. 2000 cavalc.; riduz. 12 %; età lim. 24-40 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 20 mag.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il prof. Antonio Gasbarrini, titolare della cattedra di clinica medica generale, semejotica e terapia fisica presso la R. Università di Bari, è stato chiamato, con voto unanime di Facoltà, alla cattedra di clinica medica della R. Università di Padova, quale successore del prof. Cesare Frugoni.

Esprimiamo il nostro cordiale compiacimento al giovane ed insigne clinico e studioso.

Il prof. Carlo Alberto Ragazzi è nominato, in esito a concorso, direttore dell'Ufficio d'Igiene e Sanità del Comune di Milano. Rallegramenti.

Il prof. Pasquale Tecce, direttore dell'Ospedale Militare della Trinità a Napoli, è nominato direttore di Sanità militare presso il Corpo d'Armata di Bari.

Per l'istituzione di un premio annuo presso la R. Università di Roma, da intitolarsi: "Fondazione Vittorio Ascoli,,

Somma che si riporta come dal N. 21	L.	18.712 —
Consorzio Italiano per l'assicurazione vita dei rischi tarati	»	5.000 —
R. Clinica Neuropsichiatrica (Roma)	»	150 —
Prof. Vittorio Puntoni (Roma) . . .	»	100 —
Dott. Domingo Roggeri (Cordoba) . .	»	100 —
	L.	24.062 —

Le sottoscrizioni si ricevono presso la Clinica Medica al Policlinico Umberto I, Roma; ovvero presso il nostro periodico, via Sistina 14, Roma.

NOTIZIE DIVERSE.

2° Congresso latino di oto-rino-laringologia.

La Società Oto-Rino-Laringologica Latina terrà il suo secondo congresso a Catania nei giorni 28 e 29 settembre, sotto la presidenza del prof. S. Citelli. Tema di relazione: « Patologia del seno mascellare »; esso è suddiviso in molte parti. Un'apposita Commissione riferirà intorno alle « Nozioni acquisite sul problema labirintico »; essa è composta dei proff. Baldenweck, Bilancioni, Hennebert, Pascual de Juan e Quix. Conferenze: « Influenza delle modificazioni patologiche degli scambi nel dominio dell'oto-rino-laringologia » (prof. Calamida di Milano); « Studio anatomo-clinico del cancro laringeo, esclusa la cura » (prof. Casadesus di Barcellona); « Stato attuale della chirurgia dell'orecchio interno » (A. Hautant di Parigi). Le comunicazioni libere devono concernere esclusivamente i soggetti delle relazioni e delle conferenze. I titoli devono essere comunicati, possibilmente, non oltre la fine di giugno. Iscrizioni e quote (100 franchi francesi) presso il Dr. F. Chavanne, place des Cordeliers 5, Lyon, Francia (Compte chèques postaux n. 5906, Lyon) o presso il prof. Salvatore Citelli, direttore della R. Clinica O.-R.-L., Catania. Informazioni presso il prof. Paolo Carcò, R. Clinica O.-R.-L., Catania.

3° Congresso medico panamericano.

L'Associazione Medica Panamericana ha indetto il suo 3° Congresso nella città di Messico dal 26 al 31 luglio, sotto gli auspici del Governo della Repubblica del Messico. Lingue ufficiali sono: l'inglese, lo spagnolo, il francese e il portoghese. Segretario del Comitato esecutivo è il Dr. Francisco P. Miranda, Departamento de Salubridad Pública, Mexico, Repubblica del Messico.

Congresso belga per la tutela dell'infanzia.

L'« Oeuvre Nationale de l'Enfance » del Belgio ha tenuto un'assemblea generale, sotto forma di Congresso nazionale delle Opere dell'Infanzia, il 31 maggio, a Bruges.

Furono discussi due temi: « I bambini storpi; come intervenire in loro favore » e « La broncopolmonite causa di mortalità nei bambini di età inferiore ad un anno ».

Convegno interregionale di pediatria.

Promosso dalla Sezione piemontese della Società Italiana di Pediatria, si è tenuto ad Ivrea, nel padiglione pediatrico dell'Ospedale, un convegno al quale hanno partecipato una cinquantina di specialisti del Piemonte e della Lombardia; era presieduto dal prof. Allaria, direttore della R. Clinica pediatrica di Torino; vennero discussi vari argomenti di clinica e d'igiene infantile ed in particolare la terapia medica dell'empiema pleurico.

Convegni regionali.

La sezione catanese della Lega italiana per la lotta contro il cancro si è adunata il 17 aprile, nell'Aula Magna dell'Università; parlarono il Prefetto, il presidente del comitato on. prof. Muscatello e il segretario prof. O. Roxas, che fece la relazione clinica per gli anni 1929-30.

* * *

La Sezione di Palermo della Società italiana fascista di studi scientifici sulla tubercolosi si è adunata il 29 maggio, nell'Istituto provinciale antitubercolare (in via Giorgio Arcoleo); furono presentate cinque pregevoli comunicazioni.

All'Accademia dei Lincei.

Il giorno dello Statuto, la Reale Accademia dei Lincei ha tenuto la solenne seduta di chiusura dell'anno accademico, alla presenza dei Sovrani.

Il presidente, sen. V. Scialoja, riferì sull'attività dell'Accademia, ricordò i soci scomparsi e proclamò i vincitori dei premi conferiti.

Alla R. Scuola di Sanità Militare Marittima.

Il 4 giugno venne inaugurato, nella R. Scuola di Sanità Militare Marittima in Napoli, il 13° Corso di applicazione per ufficiali medici della Regia Marina.

Il discorso inaugurale del direttore della Scuola, colonnello medico Alcibiade Andruzzi, venne seguito da una lezione svolta dal tenente colonnello medico prof. Mario Peruzzi sull'argomento: « Nuovi dati e nuovi problemi sulle schistomiasi ».

L'Istituto " Carta del Lavoro „ a Salice.

L'inaugurazione dell'Istituto intitolato alla « Carta del Lavoro » in Salice, il 6 corr., è riuscita imponente. Presiedeva la riunione il Prefetto di Pavia, ad invito del quale il prof. Devoto illustrò l'origine e gli scopi dell'Istituzione, per la quale ha raccolto in poco tempo più di un milione; essa è destinata a ospitare operai delle città e della campagna colpiti da malattie professionali od in convalescenza, come pure contadine affaticate dalle maternità plurime e dai lavori campestri. Una sala è dedicata al compianto prof. Carlo Moreschi. Il presidente Fasana illustrò poi il funzionamento e l'organizzazione, in rapporto con la Clinica del Lavoro e con altri Enti. Il Prefetto portò il saluto del Governo. Vennero poi visitate le Terme di Salice; la Società delle Terme offrì al prof. Devoto una medaglia d'oro.

Padiglioni sanatoriali a Lecce.

Con l'intervento degli on. Starace e Morelli sono stati inaugurati a Lecce i padiglioni sanatoriali provvisori destinati — in attesa della costruzione di un sanatorio — al ricovero dei tubercolotici della provincia. Sorgono in una zona dell'Ospedale civile e sono gestiti da questo; dispongono di 200 letti; sono dotati di servizi completi, di apparecchi d'indagine e cura e sono circondati da verande solatie.

Istituzioni antitubercolari a Trapani.

Il 29 marzo vennero inaugurati a Trapani un dispensario ed un sanatorio antitubercolari, dovuti alla munificenza del compianto Giuseppe Serraino Vulpitta, figlio del popolo, salito ai fastigi della ricchezza: per il dispensario egli spese 500.000 lire nella costruzione e nell'arredamento e 40.000 lire annue nel funzionamento; al sanatorio ha legato tutta la sua fortuna.

La prima di queste due istituzioni reca il nome della sorella del filantropo, Maria; la seconda reca il nome della madre, Rosa.

All'inaugurazione intervennero le autorità politiche, civili, militari ed ecclesiastiche; furono pronunziati vari discorsi.

Centro di assistenza materna a Legnano.

È stato solennemente inaugurato il 4 giugno, con larghissimo intervento di autorità. Il preside della Provincia, avv. Sileno Fabbri, tenne un significativo discorso, sull'azione svolta dall'Opera Nazionale per la Protezione della Maternità e dell'Infanzia nella provincia di Milano. Rispose con nobili parole il Podestà.

Al Policlinico del Lavoro di Roma.

S. M. la Regina si è compiaciuta di visitare il primo Policlinico italiano del Lavoro dell'Unione industriale fascista del Lazio. Ricevuta dagli on. Olivetti, Serono, Vaselli, dall'avv. Enzo Cimino e dal prof. Vigliani, la Sovrana ha passato in rassegna i vari servizi e reparti, diretti da Artom di Sant'Agnese, Luzzatti, Ciaceri, Monaco, Frascella, Nicoletti, Sabella, Levi della Vida, Ranelletti; si soffermò in particolare nel Museo del lavoro e delle malattie professionali; visitò anche la Sezione di segreteria, diretta dalla sig.a Tardelli. Da ultimo, nel salone delle conferenze, ove si era raccolto il Consiglio direttivo, ha espresso il suo augusto compiacimento per l'istituzione.

Istituto radiologico a Filadelfia.

Un Istituto radiologico è stato organizzato presso la Scuola medica dell'Università Temple e presso l'Ospedale Universitario di Filadelfia; comprende 28 camere, di cui 6 fanno parte dell'Università e 22 dell'Ospedale; sarà diretto dal prof. W. E. Chamberlain. È attrezzato nella maniera più perfetta e moderna.

Casa di salute per studenti.

Una nuova casa di salute per studenti è stata ultimata presso l'Università Yale (Connecticut); si tratta di un grandioso edifizio a 4 piani, in tutta pietra da taglio, che è costato circa 10 milioni di lire it. La prima casa di salute era stata organizzata nel 1916; l'incremento della sua attività è stato rapidissimo, così da rendere necessario il nuovo edifizio. L'organizzazione è delle più moderne. Nel dipartimento per l'igiene mentale, inaugurato durante il 1927, le visite per l'orientamento professionale sono passate da 470 nell'anno dell'inaugurazione a 851 nel 1930.

Legati e donazioni.

La signora Erminia Bondoni, vedova del prof. Antonio Federico Jorini, in omaggio alla memoria del marito ha consegnato all'Ospedale Maggiore di Milano un titolo di L. 56.000.

Comitato per l'assistenza agli orfani dei medici morti in guerra.

Presieduto da S. E. il generale medico Della Valle, si è riunito a Roma, in una sala di Palazzo Braschi, il Comitato per l'assistenza agli Orfani dei Medici morti in guerra, alla quale assistenza partecipano tutti i medici d'Italia, mediante contributi versati per il tramite dei rispettivi Ordini.

L'assemblea ha espresso un voto unanime di plauso alla relazione morale e finanziaria letta dal segretario generale, prof. F. Bocchetti, ed ha preso atto con compiacimento di un piano d'azione a favore degli Orfani dei Medici esposto dal prof. P. Piccinini, il quale ha pure versato L. 6000 come primo ricavato dalla vendita del libro « Scritti e discorsi » del sen. Giordano.

Per il Consorzio antitubercolare di Napoli.

Si è tenuta a Napoli, nelle sale del Circolo Artistico Politecnico, una Mostra di opere che scultori e pittori napoletani hanno inviato in dono al Consorzio antitubercolare. L'inaugurazione della Mostra d'arte ebbe luogo il 20 maggio; nei giorni successivi si tenne la vendita all'asta, che ha dato luogo ad una nobile gara.

Nella stampa medica.

« La cure marine » esce in veste di lusso — malgrado la crisi generale — ad iniziativa e sotto la direzione di Ed. Delcroix; ha un carattere internazionale: il primo fascicolo reca articoli di Fox (Inghilterra), Ceresole (Italia), Hermandes (Olanda), Léo (Francia), Armand Delcroix (Belgio), sulle cure marine nei rispettivi paesi, e di G. Hue, sul trattamento delle sequele ortopediche del morbo di Pott. Il secondo numero sarà destinato alla cura della coxalgia. L'importo dell'abbonamento è minimo: 30 franchi belgi per il Belgio e il Lussemburgo, 40 per l'Unione Postale. Uffici: boulevard Van Iseghem 94, Ostende, Belgio.

* * *

La « Société de Laryngologie des Hôpitaux de Paris » ha iniziato la pubblicazione di « Les Annales d'Oto-Laryngologie », a periodicità mensile, diretti da J. Ramadier e R. Causse.

* * *

Al posto di redattore-capo della « Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche » di Milano è stato chiamato, al posto del compianto dott. Clerici, il dott. G. Hanau.

Società d'emologia di Parigi.

Venne costituita il 21 maggio, per iniziativa di P. Emile-Weil, N. Fiessinger e R. Roskam, nei locali della casa editrice Doin (boulevard Saint-Germain 115). Alla presidenza è stato chiamato il prof. Chauffard; sono stati nominati vice-presidenti i proff. Vaquez, Jolly, Nolf, Achard e Sabrazès; la segreteria generale è stata affidata al prof. Chevallier.

" Aiuto ai cardiaci ".

L'assemblea generale dell'« Aide aux cardiaques » si è adunata a Parigi il 15 maggio, nell'Ospedale della Pietà, sotto la presidenza effettiva del prof. Vaquez e sotto la presidenza onoraria dell'on. Tardieu, ex-presidente del Consiglio di Ministri, Ministro dell'agricoltura, assistito dal direttore generale dell'assistenza pubblica, dott. Mourier, e dal prof. Balthazard, decano della Facoltà medica.

L'Opera ha per scopo di apprestare ai cardiopatici un'assistenza medica, morale ed economica e d'indirizzare i cardiopatici giovani verso carriere compatibili con le loro condizioni di salute. Negli ospedali di Parigi possiede varie filiali, dirette da Clerc, Aubertin, Donzelot, Laubry e Lian. Ha filiali anche in Romania e in Czecoslovacchia; altre sono in corso d'organizzazione. Sotto i suoi auspici, di recente si è costituito a Parigi un comitato russo, per venire in aiuto dei cardiopatici della colonia russa; è presieduto da Miliucof, ex ministro degli esteri.

Infortuni automobilistici e onorari medici in Francia.

L'« Union Nationale des Associations Touristiques » ha assunto l'iniziativa di assicurare, ai

medici, il pronto pagamento delle competenze per le prestazioni nei casi d'infortuni automobilistici.

Essa è un'emanazione di tre altri Enti: « Automobile Club de France », « Touring Club Français » e « Club Alpin Français ». Ha preso, in via sperimentale, gli accordi con la « Fédération des Syndicats Médicaux Français ».

Il problema si presentava di soluzione difficile: i medici non riuscivano ad ottenere gli onorari, al punto che alcuni medici prossimi alle grandi vie turistiche si assentavano nelle feste, quando è maggiore il traffico stradale e sono più frequenti gl'infortuni, per non essere sfruttati. Il « Sou Médical » s'interessò al problema e, finalmente, si è venuti ad un accordo provvisorio tra i due maggiori enti del turismo e della classe medica. L'accordo avrà vigore un anno, dopo di che si esaminerà se e come convenga perfezionarlo.

A norma di questo accordo, il medico riceve immediatamente, per ogni prestazione, la somma di 60 franchi, di cui 50 per la propria opera e 10 di trasferta; il « Sou médical » provvede al pagamento e si rivale poi sugli assistiti o sulle compagnie d'assicurazione, in misura di 110 franchi, di cui 60, come si è detto, vanno al medico, 11 vengono trattenute per le spese generali e il restante va all'U. N. A. T., per coprire le spese di organizzazione e di funzionamento dei posti stradali di pronto soccorso.

Per la legalizzazione dell'aborto in Germania.

Il dott. Dehmel di Berlino ha ideato un procedimento di stile tedesco, per ottenere la revoca dell'art. 218 del Codice Penale Germanico, il quale condanna come delittuoso l'aborto procurato per cause non mediche.

Si tratta di un « Comitato di confessione contro l'art. 218 ».

Esso dovrebbe raccogliere tutte le donne che, avendo provocato l'aborto, hanno il coraggio di denunziarsi: il loro numero sarebbe così grande, da rendere impossibile di agire legalmente contro tutte e da obbligare il legislatore a modificare la legge.

Si calcola, difatti, che in Germania avvengano ogni anno 800.000 aborti! Di essi solo un numero sparuto cade, casualmente, sotto la grave sanzione delle leggi, e ciò costituirebbe una gravissima ingiustizia.

* * *

In rapporto con l'iniziativa surriferita, va posta un'azione in grande intrapresa dalla Polizia di Stoccarda, la quale ha denunziato per aborti procurati 350 donne ed un centinaio di medici ed ha imprigionato il dott. F. Wolff e una levatrice.

Il Collegio dei medici dello Stato di Wurtenberg ha preso posizione decisa a favore del Wolff, con un ordine del giorno votato ad unanimità, in cui si reclama la riforma dell'art. 218 prima che venga approvato il nuovo C. P.

Il dott. Wolff e la sua complice principale sono stati messi in libertà provvisoria.

Contro la limitazione delle nascite negli Stati Uniti.

Alla Camera dei rappresentanti dello Stato del Connecticut è stato presentato un progetto di legge il quale avrebbe autorizzato le pratiche e la propaganda per la limitazione delle nascite, e ciò in vista del disagio derivante dal troppo rapido incremento della popolazione.

È la prima volta che un progetto del genere sia giunto fino all'assemblea generale di uno Stato dell'Unione Nord-Americana.

Il progetto è stato respinto con 172 voti contro 76.

L'Accademia medica di New York contro un istituto per la cura del cancro.

L'Accademia di Medicina di New York ha deplorato la proposta della « Better Health Foundation », d'istituire a Huntington un Laboratorio di ricerche sulla cura del cancro col metodo Coffey-Humber. L'Accademia crede che la proposta non sia assennata. Esprime l'avviso che per saggiare le cure nuove i medici debbano seguire il programma già attuato da Banting e Bert per l'insulina: cioè che mettano i rimedi a disposizione di studiosi e di clinici competenti.

Facilitazioni pro medici e loro famiglie.

L'amministrazione dei bagni termali di Hofgastein (Austria) ha deciso di curare gratuitamente i medici (così dell'interno come stranieri) e di offrire facilitazioni notevoli alle persone di famiglia di medici (moglie, vedove, figli a carico).

Commemorazione del prof. Montenovesi.

L'Accademia Lancisiana di Roma ha commemorato il compianto prof. Vincenzo Montenovesi, che ne era Presidente onorario. Intervennero alla cerimonia alte autorità mediche, i parenti dell'estintò, un rappresentante della città di Marino, una vera folla di estimatori.

La commemorazione venne fatta dal prof. Achille De Fabii, con devozione di allievo e sentimento di amico.

Medico ucciso in un assalto di scherma.

Il dott. conte Pietro Bandini de Silva, dell'Ospedale di S. Maria Maggiore in Firenze, è rimasto ucciso durante un'amichevole partita di scherma alla sciabola, dal dott. Giuseppe Ortelli, allievo ufficiale medico. Inutilmente questi si è prestato alla trasfusione di sangue. Le cause della disgrazia non sono chiarite.

Purtroppo, tutti gli sports espongono ad infortuni, quasi inevitabili.

Manifestiamo il nostro vivo rammarico così per la vittima, come per l'involontario uccisore.

Medico ucciso in duello.

Il dott. Longhlin di New York è stato ucciso in duello dall'agente di cambio Howard Bridget, che dal medico era accusato di averne sedotta la moglie.

È morto a Parigi, in età di 63 anni, il dott. JEAN DUMONT, segretario di redazione della « Presse Médicale », al cui sviluppo egli ha efficacemente contribuito. Fondò anche, nel 1908, con Proust, Cunéo e Lecène, il « Journal de Chirurgie », il quale assunse presto una posizione eminente nella chirurgia francese.

Prima di consacrarsi al giornalismo, il Dumont era stato nelle Cliniche di Pozzi e di Tuffier e si era specializzato come anestetista.

La sua fine ha destato un sincero cordoglio.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Revue de Méd., gen. — PÉHU e A. MESTRALLET. Natura dell'acrodinia.

Revue Sud.-Amer. d e Méd. et de Chir., dic. — A. AUSTREGESILO. Il piccolo cerebellismo.

Acta Dermato-venereol., 6. — H. C. GJESSING. Sifilide, salvarsan e ittero para-terapeutico.

Arch. di Antrop. Crimin. ecc., nov.-dic. — E. E. FRANCO. Avvelenam. acuto da fisostigmina.

National Med. Journ. of China, dic. — Num. di ostetr. e ginec.

Arch. It. di Anat. e Ist. Pat., nov.-dic. — E. SORIA. Tumori e pseudotumori endocardici. — L. AJELLO. Sistema osseo e sistema reticolo-endotel. — G. BORSALINO. Stato setticemico e lesioni renali.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 gen. — J. PAVIOT e J. MOULINIER. Ileo biliare. — P. WEIL. Aritmie.

Paris Méd., 24 gen. — M. POLONOWSKI e P. BOULANGER. Ammoniuria. — G. BOISSON. D'Arsonvalizzazione diatermica nella colica renale.

Pathologica, 15 gen. — M. GUARDABASSI. Lesioni da virus tbc. filtrabile nella cavia. — A. DE BLASI. Tumore vascolare della pia cerebellare.

Ann. Inst. Pasteur, gen. — A. NETTER e A. URBAIN. Il virus varicello-zonatoso. — P. ZDWDOWSKI e al. L'algidità sperimentale descritta da Sanarelli.

Tohoku Journ. exper. Med., 28 dic. — T. OYAMA. Sulla diagnosi di mastoidite. — H. KUSAKAI. Funzione renale.

Practitioner, feb. — G. EVANS. La sifilide latente. — H. J. NORMAN. Anomalie e perversioni sessuali.

Morgagni, 4 gen. — G. BOERI. Anchilostomiasi e lambliasi.

Wien. Klin. Woch., 30 gen. — BAUER. Cancro e eredità. — EWALD. Contagiosità del cancro?

Mediz. Klinik, 30 gen. — H. HILGENREINER. Genesi della coxa vara.

Deut. Med. Woch., 30 gen. — BURCKHARDT. Che cos'è il « trauma »? — Referendum sull'uso degli oppiacei.

Med. Welt, 31 gen. — HARPUDER. Nuovi dati sugl'increti e l'ipofisi. — FRIEDMANN e SCHOUNFELDT. L'epidemia d'influenza.

Bull. Méd., 31 gen. — J. LEVESQUE. Trattam. delle bronco-polm. infantili.

Med. Ibera, 31 mar. — V. GONZALEZ CALVO. Lambliasi epatica.

Clin. e Ig. Infant., gen. — G. GELLI. Aminoacidi nel liq. cef.-rach. dei bambini.

Edinb. Med. Journ., feb. — I. STANLEY e al. L'evoluzione della moderna medicina.

Minerva Med., 27 gen. — A. TURCO. Embolectomia arteriosa. — E. BORTHLIN. Riflessi vasali.

Journal A. M. A., 17 gen. — P. BROOKE BLAND e al. Tricomoniasi vaginale nella gestante. — J. V. BARROSI. Amebiasi umana studiata al cinematografo.

Ospedale Magg., dic. — P. GERLI. Urea nella saliva nell'insufficienza renale.

Indice alfabetico per materie.

V. ASCOLI †, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXVIII Roma, 22 Giugno 1931 - IX Num. 25

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF VITTORIO ASCOLI †

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Istituto di Clinica Medica della R. Università di Roma.
Direttore inc.: Prof. S. SILVESTRI.

L'epatoterapia nella anemia secondaria.
(Contributo clinico-sperimentale).

Dott. FAUSTO AMANTEA.

L'introduzione della epatoterapia nel trattamento dell'anemia è merito italiano. Castellino, per primo, ed altri ricercatori italiani (Gori e Gerloni) fin dal 1893 e 1896 hanno preconizzato ed attuato l'epatoterapia in varie sindromi anemiche; fissandone il meccanismo d'azione e ponendola financo in relazione al problema generale della tubercolosi polmonare, come nel dimagramento, nella febbre, nell'anemia.

Tuttavia numerosissime sono le ricerche, che fin d'allora sono state da ogni parte fatte sulla epatoterapia, specie dopo i primi ottimi risultati avuti nell'anemia perniciosa dagli autori americani: Minot e Murphy, a cui è dovuta l'applicazione clinica delle conclusioni, alle quali erano pervenuti i due fisiologi americani Whypple e Robbsheit fin dal 1920, con gli studi sull'influenza esercitata dai varii alimenti sulla rigenerazione globulare, vista solo dal punto puramente fisiologico.

Ravvicinando l'anemia perniciosa ad una avitaminosi, questi autori pensano che il fegato normalmente funzionante, produce una sostanza analoga a quella fin'ora ignota, che deve trovarsi negli alimenti, introdotti nell'organismo e alla cui mancanza prolungata dovrebbe attribuirsi l'anemia perniciosa. Per cui in ultima analisi questa sindrome morbosa sarebbe per questi ricercatori l'esponente della paralisi di questa ipotetica funzione epatica, che si potrebbe identificare ad una funzione endocrina ormonica o come un importante materiale di costruzione degli stromi cellulari.

Donde, con Ehrlich, essi pensano che infine l'essenza dell'anemia perniciosa sia rappresentata da una vera turba della funzione eritropoietica del midollo rosso.

Per quanto Whypple, Minot, Murphy siano inclini a ritenere l'anemia perniciosa dovuta ad una avitaminosi, essi non credono che questa sia da identificarsi nella vitamina E, insolu-

bile in acqua, solubile in etere e ricca in ferro, trovata da Simmonds, Beker e Mc Collum.

Tali vedute sono state dimostrate vere dagli estratti proposti da Cohn e da West e da Pal, pochissimo ricchi in ferro, solubili in acqua e non in etere e di cui 15 grammi possono vantaggiosamente sostituire 250 grammi di fegato.

Molti altri autori americani sono anche inclini a condividere tale concezione di avitaminosi, con cui credono così di poter spiegare tutta la svariata sindrome morbosa dell'anemia di Biermer. Del resto ad analoghe conclusioni viene il nostro Castellino, che sperimentando sui tubercolosi, afferma essere l'azione organolettica del fegato dovuta alle sue vitamine, le quali rafforzando i poteri di difesa organica, rendono più resistente la costituzione all'attecchimento del germe tubercolare: onde egli non esita a definire la sua azione come la cura fisiologica della tubercolosi.

Kössler e Maurer pensano, che l'anemia perniciosa sia da attribuirsi, più che alla mancanza di questo specifico ormone, al fatto che, a seguito della avitaminosi, vengono a formarsi nell'organismo le condizioni più favorevoli al riassorbimento di tossine intestinali, dovute allo streptococco, al perfringens, germi trovati da vari autori nello intestino degli anemici perniciosi e capaci di dare veramente una sindrome perniciosiforme.

Alcuni altri, come Hoester, imputano il bacillus Welchii: Adami il V. Coli Urst le tossiemie emolitiche per infezioni, che possono stabilirsi a causa dell'anacloridria; altri ancora imputano il botriocefalo, la gravidanza, la sifilide, la malaria, la cirrosi epatica, l'infezione tifica, la sepsi orale, come Hunter; ma ciò, ormai è ritenuto dalla gran parte debbano considerarsi come delle cause occasionali, che agiscono nell'individuo predisposto e non come le determinanti.

Alposth infine pensa che nella produzione dell'anemia perniciosa agiscono due fattori: una anormale attività emopojetica del midollo delle ossa ed una aumentata attività emolitica, di cui la causa sia non una tossina ignota, ma una diminuzione o assenza di una sostanza normalmente presente nel sangue, che egli ha isolato e chiamata « sanguinin ».

Weinberg ed Alexa, partendo dal principio che è difficile comprendere il meccanismo di azione della cura epatica, senza tener conto della patogenesi della malattia, hanno voluto studiare l'azione degli estratti di fegato su tali bacilli emolitici. Hanno osservato così, che, mentre questi neutralizzano le emolisine di essi e specie del perfringens, cui particolarmente è stata volta la loro attenzione, mostrano un'azione meno costante sulle culture e sulle tossine del bacillo.

Per essi la diversità dei risultati dipende secondo che tali bacilli producono maggiori emolisine o tossine, per cui ritengono che il trattamento dell'epatoterapia può essere intensificato, oltre che con la somministrazione per bocca, anche per clistere; dato che il B. perfringens trovasi non solo nel tenue, ma anche nel colon, dove potrebbe essere aggredito direttamente nel focolaio di produzione della tossiemia emolitica.

Per Jungmann il fegato non agisce, stimolando la eritropoiesi, e la riprova sarebbe per lui il fatto, che esso dovrebbe trovare la sua più efficace applicazione nelle anemie postemorragiche, nelle quali, come è fin'oggi noto, la sua azione è meno intensa che nell'anemia perniciosa.

Egli quindi opina, che il fegato esplichi la sua azione, attraverso un meccanismo diverso, antiemolitico. Ciò sarebbe provato dalle esperienze di alcuni autori, e tra di noi dalla scuola di Zoia, da Ponticaccia, da Greppi, che dimostrano, come il tasso del'urobilina e del bilinogeno nelle feci, se prima è alto, scende durante la cura epatica ad un tasso normale.

Per Labbé invece il fegato agisce per delle sostanze, che, fissandosi sui globuli rossi, ne impediscono la distruzione.

Ferrata invece ritiene che la somministrazione di fegato agisce, regolando e inibendo la ricomparsa dei megalociti e dell'ipercromia, caratteristica dell'anemia perniciosa, escludendo ch'essa sia causata da una malattia primitiva del midollo ed ammettendo un antagonismo tra funzionalità epatica e formazione megaloblastica.

Tuttavia le principali teorie fin oggi sono: la prima, con cui si ammette, che l'assorbimento del fegato totale, fresco e crudo, o di estratti di esso agisce in modo elettivo, come un ormone, eccitando gli organi emopoietici (Wippet). La seconda, con cui si afferma che esso esplica la sua azione, apportando un materiale di costruzione (ferro. ecc.) venuto a mancare nell'eritropoiesi normale (Peabody). La terza con cui si sostiene che esso agisca come antiemolitico (Labbé, Zoja), inibendo la evoluzione megaloblastica delle cellule mesenchimali (Ferrata).

La quarta, con cui si asserisce (Singher) ch'esso agisca con un doppio meccanismo: l'uno, non specifico e comune ad ogni dieta carnea, che eccita l'eritropoiesi e diminuisce

l'emolisi; l'altro dovuto ad un fermento specifico, presente anche negli estratti (endoepatina, ecc.), capace di normalizzare l'eritropoiesi.

Da quanto su è stato esposto si dovrebbe logicamente concludere, che se varia la interpretazione del meccanismo di azione, concorde dovrebbe essere la opinione di tutti gli autori nel sostenere la efficacia della terapia epatica, tuttavia non è così.

Osserviamo infatti degli autori, che negano alla opoterapia epatica ogni valore di specificità, altri, che tentano di estenderla oltre che nella anemia perniciosa anche nella anemia secondaria, ed altri ancora, che ad essa accoppiano altre sostanze (stomaco), a scopo di rigenerare o stimolare la eritropojesi.

Così Landof cita le sue ricerche sperimentali nella clorosi con la epatoterapia, specie in riguardo alla viscosità del sangue, e ne rileva maggiormente la efficacia, allorchè egli lo associa con la ormoterapia testicolare, od ovarica.

Wilkinson invece, essendo colpito dal fatto che l'achilia si osserva, in modo costante nell'anemia perniciosa, ha emesso la ipotesi, che questa dovrebbe essere una malattia di carenza, dovuta al fatto che lo stomaco sarebbe incapace di elaborare alcune sostanze indispensabili dalle albumine alimentari ed esistenti normalmente nel fegato e nel rene.

Ed ulteriormente, basandosi sulla achilia, ha emesso la ipotesi, che la sostanza emogenetica sia dovuta ad una secrezione gastrica. Partendo infatti da ciò ha curato parecchi casi di anemia perniciosa con stomaco crudo di porco e con estratti secchi, constatando una guarigione rapida e completa, manifestandosi con una crisi reticolocitaria, analoga a quella ottenuta con la ingestione di fegato.

Mentre vediamo che Crossetti, studiando il meccanismo di azione della epatoterapia nell'anemia perniciosa, con speciale riguardo all'emazie granulo-filamentose, al ricambio emoglobinico e alla formula eritrocitometrica e del potere dinamico specifico del pasto epatico, che trova uguale a quello carneo, osserva che gli effetti della somministrazione di stomaco sono in fondo eguali, se non superiori per la rapidità con cui si manifestano e per la intensità che essi raggiungono.

Tali risultati concordano con quelli di Conner, di Wilkinson e con quelli di Snapper e di Duprez. E, mentre questi autori affermano gli ottimi vantaggi della epatoterapia associata a quella gastrica, Breslaw va più in là, ed asserisce che solo alla gastroterapia egli deve dei risultati lusinghieri, anche dove la epatoterapia gli aveva dato risultati infruttuosi.

Wolff invece si vanta, che i migliori risultati nell'anemia perniciosa egli li deve alla associazione delle trasfusioni e della epatoterapia, osservando che, in tal guisa, si manifesta a volte il miglioramento anche in ammalati, nei quali la epatoterapia da sola era stata sufficiente soltanto a non farli peggiorare.

Egli all'uopo non usa mai il fegato crudo, bensì gli estratti, che dice più accetti, meno costosi, più facili a somministrarsi a dosi elevate, variandone la dose con il variare della urobilina e dello urobilinogeno, ricercati nella urina. Così sperimentando, egli ha notato un aumento dei globuli rossi, del tasso emoglobinico e a volte una iperglobulia, sì che imputa alla terapia troppo tardiva gli insuccessi eventuali.

Mentre Schulten parla di insuccessi nella anemia perniciosa, Pal con la cura del fegato, sotto forma di estratti sciropposi, asserisce, che in alcuni casi essi provocano una eritremia, con ipertonia, mostrando così una chiara azione stimolante sul midollo e che anche nelle anemie secondarie e nelle anemie clorotiche essi apportano notevoli vantaggi.

Di Guglielmo, studiando le sindromi neuro-anemiche, morbo di Lichthein, asserisce, che, mentre nella anemia di Biemer con la epatoterapia salvo rari casi si sono avute delle vere e proprie guarigioni, qui i risultati sono stati molto discordanti. Pertanto egli distingue tre gruppi: il primo costituito da risultati negativi, essendo in nulla modificato il quadro clinico, e nervoso, ed ematico, il secondo costituito da risultati parziali, avendo risultati positivi nella forma anemica nulla nella forma nervosa; il terzo pienamente positivo, avente simultaneamente una azione favorevole per entrambe le forme del quadro clinico. Egli attribuisce gli insuccessi della epatoterapia in queste sindromi neuro-anemiche al fatto, che si interviene con essa troppo tardi.

Inoltre Crosetti, sperimentando su ammalati di cirrosi epatica, nota che nessuna influenza praticamente apprezzabile la epatoterapia esercita sulla macrocitosi di essi.

Del resto lo stesso Vaughan asserisce, che solo in un caso, di sette studiati, potè notare un miglioramento apprezzabile; così Lemaire; così Griva; così Micheli, che in base ai molteplici risultati delle ricerche della sua scuola, finisce con l'asserire, che l'azione della epatoterapia nell'anemia secondaria, in paragone a quella della anemia perniciosa, è tale, che essa può servirci da criterio differenziale.

Al contrario Aubertin in anemie cancerigne e Gianni in anemie malariche e Pal in anemie secondarie a metrorragie o ad emorroidi hanno avuto dalla epatoterapia buoni effetti; e così Rossi in un'ammalata di anemia *post-partum* ed altri autori francesi, fra cui il Deschamps in anemia in gravidanza; però conviene notare, che, in questi ultimi casi, la epatoterapia era associata alla trasfusione.

Infine anche Lambin ha ammesso nell'ultimo Congresso di Medicina, in lingua francese, che gli estratti epatici possono benissimo essere impiegati nelle anemie secondarie, asserendo che essi hanno poi un vero impiego di eccezione nei casi d'intolleranza gastrica.

Allo stato attuale tuttavia non è possibile concludere nè sul meccanismo di azione della epatoterapia, nè sulla inoppugnabile efficacia di essa nella anemia perniciosa, nè fino a qual punto sia utile nel trattamento della anemia secondaria, nè se essa infine sia immune da pericoli e se preservi i pazienti dalle ricadute. Pertanto ho cercato di:

I. Osservare, se la epatoterapia mostri una netta e pronta azione nelle anemie post-emorragiche.

II. Osservare, se la epatoterapia si mostri egualmente efficace nella anemia secondaria, come nella anemia perniciosa.

III. Osservare infine, se la epatoterapia per estratti mostri una azione efficace paragonabile a quella, che si ha col metodo di Whypple.

RICERCHE. — Nelle presenti ricerche mi son valso di due metodi d'indagine: l'uno sperimentale, l'altro clinico. Nel primo mi son servito, come animali di esperimento, di cani adulti e giovani, di cui prima di ogni trattamento, prendevo il peso ed un accurato esame di sangue completo, che ripetevo due volte o tre, per avere una cifra più che possibile esatta in condizioni normali. Quindi dividevo gli animali in due lotti, di cui uno per le esperienze, l'altro per controllo. Essi erano lasciati nelle medesime condizioni e di regime dietetico e di ambiente. Il primo lotto poi veniva sottoposto a salassi periodici, da 5 giorni in 5 giorni, ogni volta sottoposti alla misurazione del peso e alla conta dei globuli e della forma leucocitaria. I salassi sono stati in genere eguali per tutti, variando solo da gr. 75 a 110, progressivamente. Per portare poi gli animali allo stato anemico è occorso un tempo variabile da un mese ad un mese e mezzo, con lievi differenze fra di essi.

Assicuratomi con conte successive dello stato anemico, che è stato sempre accompagnato ad una notevole diminuzione di peso, e ad inappetenza e ad astenia, ho iniziato la terapia epatica. Essa è stata praticata sotto forma di estratti, per via sottocutanea o per via intromuscolare, nella dose di ct. 1, 2, 2 e mezzo *pro die*, a seconda dell'animale trattato; ma mai accumulando dosi diverse nel medesimo soggetto. Periodicamente ho proceduto anche in questo tempo alla verifica del peso e alla conta completa del sangue; e ho solo sospeso tale indagine, allorchè, ripetute volte ho ottenuto un quadro ematico eguale, se non migliore del precedente. Con esso ho visto sempre un ritorno della vivacità dell'animale, dell'appetenza e del peso del corpo al tasso di prima. In tutta la durata della esperienza, ho sempre fatto il confronto con gli animali, rimasti come controllo, e ho potuto così sincerarmi, che nessuna altra causa era la determinante, sia dello stato anemico, sia del ripristino delle condizioni generali ed ematiche degli animali di esperimento, se non il salasso ripetuto e di poi l'opoterapia epatica. Gli animali-controllo non hanno mai presentato alcuna variazione del peso o del quadro ematico..

Nelle osservazioni cliniche poi mi son valso di pazienti, affetti da anemie secondarie a diversi processi morbosi, sia infettive, sia emorragiche, senza tenere conto della età, nè della durata dello stato anemico; solo cercando di stabilire, ch'essi fossero indenni contemporaneamente da qualsiasi altra malattia infettiva o organica, e subdola, e che fosse la causa o la concausa latente del persistere della loro anemia. Anche per essi la via d'introduzione degli estratti è stata la sottocutanea e la intramuscolare, nella dose di ct. 1, 2, e 2 e mezzo. Furono tutti curati ambulatoriamente, lasciati i più alle loro mansioni e solo pregati di astenersi dal lavoro gravoso e di nutrirsi, quanto più fosse stato loro consentito; essendo la gran parte di essi di condizioni poco agiate ed obbligati al lavoro. Solo in tre o quattro casi potei stabilire una dieta ricca ed adeguata e lasciarli in completo riposo.

La cura veniva iniziata dopo che, oltre l'accertamento diagnostico, venivano pesati e dopo avere fatta e controllata la conta completa del sangue, che anche qui venivano ripetute ogni 7 o 10 giorni, non con quella regolarità, che negli animali di esperimento, a causa della difficoltà, ch'essi incontravano per il disbrigo delle loro mansioni. La cura veniva interrotta, allorchè il quadro ematico era tornato alla norma, e nessuna traccia di bilina si trovava più nelle urine.

Gli estratti adoperati sono quelli, che si tro-

ESPERIENZE SUI CANI.

Giorno	Numero di salassi	Salasso di cm³	Gl. rossi	Gl. bianchi	Emoglobina	Pol. neutrofili	Pol. eosinofili	Pol. basofili	Linfociti	Monociti	Metamielociti	Mielociti	Peso di Kgr.	Dose degli estratti cmc.	Num. delle iniezioni	
16-V	I	75	5.700.000	11.500	0.92	74	2	1	20	3	—	—	9	—	—	I Esperienza Cane giallo-bianco, maschio
30	IV	75	3.560.000	9.000	0.85	—	—	—	—	—	—	—	8 ½	—	—	
15-VI	VIII	100	3.100 000	8.000	0.72	—	—	—	—	—	—	—	8	—	—	
30	X	—	2.210.000	6.700	0.63	69	4	3	16	5	3	—	7 ¾	—	—	
30	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	I	
7	—	—	4.170.000	7.300	0.74	68	7	1	17	8	4	—	8	2	VII	
15	—	—	5.200.000	8.100	0.86	61	10	1	16	9	2	1	8 ¼	2	XV	
21	—	—	5.690.000	10.000	0 93	70	6	2	18	3	1	—	8 ½	2	XX	
16-V	I	75	5.200.000	10.800	0.90	72	3	-	20	4	1	—	7 ¾	—	—	II Esperienza Cane bianco-grigio femina
30	IV	100	3.650.000	9.100	0.80	—	—	—	—	—	—	—	7	—	—	
15-VI	VIII	100	2.780.000	7.700	9.69	—	—	—	—	—	—	—	6 ¾	—	—	
30	X	—	2.080.000	6.660	0.59	68	6	2	14	9	1	—	6	—	—	
30	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	I	
7	—	—	4.590.000	7.650	0.71	65	7	2	15	9	2	—	—	3	VII	
16	—	—	5.380.000	8.370	0.85	67	5	—	8	6	3	1	—	3	XV	
20-VII	I	—	5.860.000	9.850	0.92	72	6	—	20	2	—	—	8 ½	—	—	III Esperienza Cane rossiccio-maschio
3-VII	III	—	4.320.000	7.220	0.70	68	8	1	17	7	4	—	8—	—	—	
15	VI	—	2.980.000	6.700	—	—	—	—	—	—	—	—	7 ½	—	—	
25	IX	—	1.950.000	6.500	0.61	60	9	6	15	7	2	1	7—	—	—	
25	—	—	2.520.000	7000	0 73	65	8	1	20	8	4	1	7—	2 ½	I	
2-VIII	—	—	3.680.000	8.150	0.81	70	6	1	14	7	3	—	7 ¼	2 ½	VII	
10	—	—	5.050.000	9.800	0.88	71	7	—	16	6	5	1	7 ½	2 ½	XV	
18	—	—	5.790.000	10.100	0.93	76	6	—	21	2	1	—	8—	2 ½	XXI	

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Data	Sesso	Nome	Età	Malattia	Professione	Gl. rossi	Gl. bianchi	Emoglobina	Pol. neutrofili	Pol. eosinofili	Pol. basofili	Linfociti	Monociti	Metamielociti	Dose estratto
					I.										
18-VI	donna	N. Bisconi	20	A. tipo Clorotico	Modista	300.000	10 000	41	69	2	—	20	6	3	Cm³ uno pro die
25	»	»	»	» »	»	3.760.000	9.800	69	—	—	—	—	—	—	
3-VII	»	»	»	» »	»	208.000	9.500	73	—	—	—	—	—	—	
18	»	»	»	» »	»	456.000	8.750	87	72	1	—	23	3	4	
					II.										
14-VI	donna	G. Amati	22	A. da Adenopatia specif.	Impieg.	2.580.000	8.500	0.50	68	2	—	25	4	1	Cm.³ due pro die
22	»	»	»		»	3.000.000	8.700	0.75	—	—	—	—	—	—	
3-VII	»	»	»	»	»	4.120.000	8.940	0.84	—	—	—	—	—	—	
28	»	»	»	»	»	4.480.000	8 600	0.90	74	1	—	2:	2	1	
					III.										
17-VII	donna	A. Angolini	28	A. post. pleuritica	Sarta	2.980.000	9.400	0.60	—	—	—	—	—	—	Cm³ due pro die
1	»	»	»		»	3.180.000	8.500	0.72	—	—	—	—	—	—	
5-VIII	»	»	»	»	»	3.370.000	10.000	0.88	—	—	—	—	—	—	
11	»	»	»	»	»	3.850.000	8.900	0.87	—	—	—	—	—	—	
30	»	»	»	»	»	4.150.000	9.100	0.90	-	—	—	—	—	—	

(*Segue*) OSSERVAZIONI CLINICHE.

Data	Sesso	Nome	Età	Malattia	Professione	Gl. rossi	Gl. bianchi	Emoglobina	Pol. neutrofili	Pol. eosinofili	Pol. basofili	Linfociti	Monociti	Metamielociti	Dose estratto
IV.															
22-VI	donna	B. Brugnoli	21	A. tipo per-	Contad.	2.870.000	8.260	0.60	64	3	1	18	9	5	Cm³ due 1/2 pro die
4-VII	»	»	»	nicioso	»	3.180.000	8.260	0.63	—	—	—	-	—	—	
14 »	»	»	»	»	»	3.790.000	9.000	0.70	—	—	—	—	—	—	
25 »	»	»	»	»	»	4.250 000	8.700	0.88	-	—	—	—	—	—	
5-VIII	»	»	»	»	»	4.160.000	8.800	0.90	—	—	—	—	—	—	
17	»	»	»	»	»	4.650.000	8.850	0.85	70	3	—	21	5	2	
V.															
27-VII	donna	G. Gianfranchi	19	A. post. tifos.	Impieg.	2.950.000	9.200	0.72	—	—	—	—	—	—	Cm³ due 1/2 pro die
16	»	»	»	sogg. linftt.	»	3.250.000	8.700	0.81	—	—	—	—	—	—	
20 VIII	»	»	»	»	»	3 450.000	8.900	0.85	—	—	—	—	—	—	
18	»	»	»	»	»	4.150.000	8.850	0.86	—	—	—	—	—	—	
VI.															
20-VII	donna	M. Natalucci	32	A. post. inf.	domestica	3.000.000	8.700	0.78	70	3	1	21	3	2	Cm³ due pro die
3-VIII	»	»	»	Infez. puer-	»	3.520.000	8.650	0.81	—	—	—	—	—	—	
18	»	»	»	perale	»	3.760.000	8.300	0.84	—	—	—	—	—	—	
1-IX	»	»	»	»	»	3.850.000	8.640	0.87	—	—	—	—	—	—	
27	»	»	»	»	»	4.600.000	8.800	0.88	72	2	—	20	5	1	
VII.															
17 VII	uomo	A. Alfonsi	23	A. post inf.	Artigiano	2 540.000	7.600	0.60	71	2	1	20	15	1	Cm³ due pro die
1-VIII	»	»	»	Eterocolite	»	3 620.000	8.000	0.72	—	—	—	—	—	—	
20	»	»	»	»	»	3.850.000	7.680	0.80	—	—	—	—	—	—	
15-IX	»	»	»	»	»	4.330.000	8 586	0.86	73	2	—	21	3	1	
VIII.															
17-VIII	uomo	E. Remia	12	A. post inf.	Artigiano	2.950.000	8.400	0.62	64	3	1	23	4	3	Cm³ due pro die
2-IX	»	»	»	Empiema	»	3.220.000	8.700	0.70	—	—	—	—	—	—	
14	»	»	»	»	»	3.350.000	9.000	0.76	—	—	—	—	—	—	
30	»	»	»	»	»	4.050.000	9.300	0.83	76	2	1	20	1	—	
IX.															
20-VIII	donna	E. Morini	42	A. post. emor-	domestica	2.930.000	8.700	0.50	63	3	2	24	6	2	Cm³ due pro die
7-IX	»	»	»	ragica da	»	3.540.000	7.800	0.56	—	—	—	—	—	—	
18	»	»	»	fibrona	»	4 200.000	8.300	0.68	—	—	—	—	—	—	
30	»	»	»	»	»	4.380.000	8.800	0.70	69	3	1	25	3	1	
X.															
15-VIII	donna	E. Notangeli	37	A. in gravi-	Sarta	3.060.000	9.670	0.57	65	4	1	21	7	2	Cm³ due pro die
30	»	»	»	danza	»	3.450.000	7.140	0 65	—	—	—	—	—	—	
12-IX	»	»	»	»	»	4.000.000	9.200	0.75	—	—	—	—	—	—	
28	»	»	»	»	»	4.4[illegible]0 000	9.450	0.84	72	3	—	20	4	1	
XI.															
10-VIII	uomo	R. Settimio	17	A. da emor-	Commes.	2.860 000	10.000	0.56	66	3	—	20	9	2	Cm³ due pro die
25	»	»	»	ragia per	»	3.910.000	9.600	0.67	—	—	—	—	—	—	
12 IX	»	»	»	ulcera	»	4.530.000	9.800	0.84	70	1	—	22	5	2	

vano in commercio (Endoepatina dello Istituto Sieroterapico Milanese; Glandoli, fegato, dell'Istituto S. Nazionale; Estratto glicerico di fegato dell'Istituto Nazionale Farmacologico).

Considerazioni. — Le osservazioni e le ricerche eseguite sugli ammalati e su gli animali da esperimento, non sono così ampie, come l'interessante problema avrebbe richiesto; ma son tali, che mi consentono di potere serenamente affermare, che l'epatoterapia, la quale ha fatto nascere così fondate speranze nella anemia perniciosa, dà ottimi risultati anche nella anemia secondaria in genere. Gli insuccessi fin'ora segnalati da varii autori sono da attribuire, a mio parere, non all'inefficacia di essa, ma alla somministrazione insufficiente e inadeguata, alla larvata coesistenza di infezioni o alla presenza di lesioni gravi o latenti a carico di qualche organo dell'economia animale. Le dosi insufficienti possono essere dovute alla ripulsa, che l'ammalato oppone al metodo curativo di Whypple, fegato fresco, crudo, somministrato per bocca, che se anche a volte è triturato nella minestra, per renderlo più tollerabile, o modicamente abbrustolito e condito con un po' di sale, olio e limone, riesce sempre disgustoso a pazienti affetti di inappetenza, da insufficiente secrezione, e da ipocloridria. Ripulsa, che è facile tramutarsi in intolleranza e che a volte peggiora le condizioni preesistenti del tubo gastro-enterico, con grave discapito dell'ammalato, che vien così ad introdurre e ad assorbire una minore quantità di alimenti, là dove dovrebbe avvenire l'opposto.

Le dosi insufficienti possono essere determinate anche dalla difficoltà di fornirsi tutti i giorni di simile alimento, specie nelle contrade o perchè a volte divenuto artatamente costoso e quindi non accessibile a tutti. Le dosi insufficienti possono anche essere determinate dal fatto che si ricorre a tale metodo di cura troppo tardi o con poca fiducia o infine per trascuranza del paziente, che, appena sente di aver riacquistato una certa energia e un senso di benessere di fronte al primitivo stato, si sente in obbligo di abbandonare ogni ulteriore cura.

Scarsi o nulli risultati ho io avuto in due pazienti, che dopo solo quindici giorni interruppero la cura epatica; ritornando ad avere un numero di globuli rossi, quasi uguale a quello prima del trattamento, ed una vera e propria ricaduta anche nella sindrome clinica, e da cui solo si riebbero, dopo essersi assoggettati novellamente ad un trattamento più congruo e non più per bocca, ma con estratti per vie ipodermiche.

Per tutte le ragioni su esposte, abbandonata la dieta epatica eseguita col metodo di Whypple, ho adoperato gli estratti per via ipodermica, fuorviando a tanti inconvenienti ed ottenendo dei risultati confortevoli.

Tutti i pazienti infatti sono stati più proclivi ad assoggettarsi quotidianamente ad una semplice iniezione, del tutto indolore, che ad un pasto disgustoso. Del resto sulla maggiore convenienza degli estratti sono concordi parecchi autori, tra cui Lambin, che, come abbiam visto, nell'ultimo congresso di Medicina francese, ha affermato essere gli estratti di ottimo impiego nei casi gravi e nella intolleranza gastrica. Dobbiamo mettere in rilievo, che, contemporaneamente alla somministrazione degli estratti, non si è accompagnato alcun altro medicamento. Le tabelle riportate chiaramente ci dicono, come essi abbiano ben corrisposto sempre e con prontezza, sia nelle esperienze fatte sugli animali, sia nelle osservazioni cliniche e tra queste, sia nelle forme di anemia secondaria ad emorragia, sia in quelle secondarie a processi infettivi.

Netta infatti è l'influenza che l'epatoterapia ha esercitato nei cani da esperimento, portati e mantenuti in stato anemico da graduati salassi settimanali. Si vede infatti in essi, che, nel breve spazio di tempo compreso tra quindici e venti giorni, il quadro ematico ritorna ad essere quello precedente al salasso e con esso si ha un ripristino delle prime condizioni fisiche dell'animale; appetenza, peso, vivacità; laddove nei cani, tenuti come controllo, si nota che è necessario un lasso di tempo di più di due mesi al ripristino delle loro condizioni e nei cani, trattati con la dieta epatica per bocca, si nota che è necessario l'impiego di più di un mese, come può vedersi dai risultati delle ricerche eseguite contemporaneamente in Clinica dal dott. Cenciarini.

Ciò pone in rilievo ampiamente la rapidità di azione degli estratti epatici e la efficacia della loro azione nell'anemia post-emorragica. Una riprova poi del loro potere nell'anemia da emorragia, noi l'abbiamo anche nei casi clinici, studiati nel caso nove e nell'undicesimo, su riportati.

Nel caso nove, trattasi di una donna piuttosto attempata, 41 anni, trovantesi in uno stato anemico grave, a seguito di metrorragie imponenti e ripetute, subite alcuni mesi prima, operata dall'Ostetrico per fibroma e curata a lungo coi comuni ricostituenti e per bocca e

per iniezione, ed obbligata a letto per la profonda astenia quasi tutta la giornata.

Incominciò a riaversi soltanto dopo dieci giorni di iniezioni quotidiane di fegato, nella dose di due ct. di estratto; notando una maggior appetenza, una più facile digestione, e un senso di vigoria da consentirle di lasciare il letto tutto il giorno, ma potè rifiorire, quasi appieno, solo dopo un mese di cura ininterrotta. Ella riacquistò il suo normale benessere dopo più un mese, a tal punto che volle ritornare ad accudire alle sue normali occupazioni di donna di casa. Anche il quadro ematico si comportò egualmente, ritornando progressivamente alla norma, come dai protocolli può vedersi. L'ammalata, vista successivamente, non mostra alcuna ricaduta.

Nel caso undicesimo, trattasi di un uomo di anni 39, che, in seguito ad enterorragia per ulcera duodenale, era caduto in un grave stato anemico, da cui non si era riavuto neanche dopo operato da alcuni mesi, pur essendo pienamente guarito. Non presentava infatti alcun segno clinico in rapporto alla sindrome ulcerativa e negativa era ogni ricerca di sangue nelle feci. Tuttavia egli era impossibilitato a qualsiasi lavoro proficuo e sfiduciato a continuare qualsiasi cura ricostituente, anche perchè nessuna era rimasta intentata e sempre con risultato nullo. Aveva anche provata la cura del fegato per bocca, ma aveva dovuto ben presto lasciarla, per la ripugnanza, che subiva ogni qualvolta lo ingeriva e per le difficili digestioni, cui andava incontro.

Iniziata la somministrazione degli estratti epatici, che egli accettò con vera diffidenza, già dopo dodici giorni incominciò a lodarsi della nuova cura, asserendo, che, se non era una suggestione la sua, egli poteva dire di sentirsi meglio. Dopo un mese sentì le energie, come rinascere (per ripetere la sua frase abituale), divenne gaio, mentre prima era abitualmente melanconico e incominciò ad occuparsi per qualche ora dei suoi affari, che prima del tutto negligeva. Dopo un mese e mezzo egli potè iniziare tranquillamente il disbrigo delle sue normali occupazioni. Contemporaneamente si potè osservare l'azione molto favorevole su la rigenerazione sanguigna, notando in fin di cura il normale tasso di globuli rossi, di emoglobina, di valore globulare e della forma leucocitaria, che trovasi di norma agli individui della sua età. Anche egli fu trattato con iniezioni giornaliere di ct. due di estratto di fegato.

Il risultato ottenuto negli altri casi, tutti rapidi e netti, variando il ripristino del quadro ematico da un lasso di tempo di un mese ad un mese e mezzo, parlano tutti per la certa efficacia della terapia epatica, anche nell'anemia secondaria; sia essa determinata da emorragie, sia da processi infettivi differenti, oltre che dalla sicura e vantaggiosa efficacia degli estratti.

Rimarchevole è poi il fatto, che tutti gli infermi furono lasciati nelle medesime condizioni di ambiente e che alcuni di essi, come il 3, 4, 8, 9, per le loro speciali condizioni economiche, non abbandonarono neanche il loro abituale lavoro, nè poterono, per la citata ragione, sottoporsi ad una vittazione più abbondante, e più nutriente. È anche da notarsi che tutti praticarono la cura epatica solamente, senza associare ad essa alcun altro medicamento, se ne eccettui per il caso 5, 7, 9, 11, che introdussero contemporaneamente prima dei pasti, un eupeptico. Non è da obliarsi poi il fatto, che la quantità degli estratti non è proporzionale direttamente alla efficacia di essi, non mostrando le dosi maggiori un'azione più pronta e valida delle minori.

Tuttavia debbo far noto, che nessuna efficacia ho avuto dagli estratti in un caso di anemia aplastica, anche associati a trasfusioni sanguigne; del resto in tale paziente anche la cura per bocca di fegato crudo e di fegato in polvere era fallita lo stesso. A questo insuccesso debbo in vero aggiungere i due casi prima accennati, in cui la mancanza di efficacia fu dovuta, senza dubbio, alla interruzione della cura ancora prima del tempo dovuto, quando il miglioramento e lo stabilizzarsi del quadro ematico non si era ancora avuto. Se poi tali miei ammalati abbiano dalla cura epatica avuto una azione oltre che rapida e netta, una azione parimenti durevole, sì da preservarli da ricadute, io non ho gli elementi per asserirlo, se ne eccettui per qualcuno, che ho avuto agio di rivedere a distanza di due e tre mesi in ottime condizioni. Ciò è determinato dal fatto, come prima ho detto, ch'essi furono tutti trattati ambulatoriamene, e quindi difficilmente controllabili. I due casi, che ebbi la facoltà di controllare a due e tre mesi di distanza, (il 7, 10) dalla fine della cura, ebbi a constatare che in nulla era modificato il quadro ematico, nè diminuito il senso di benessere. Tuttavia anche per il resto, possiamo ritenere che le migliorate condizioni dovettero persistere, non avendo dovuto tali pazienti esitare a farsi rivedere, essendo loro praticata ogni cura gratuitamente.

Riassumendo, possiamo concludere che la terapia epatica suscita, favorisce, accelera il

processo di rigenerazione globulare anche nell'anemia secondaria e a processi infettivi e ad emorragie, a patto però ch'essa sia somministrata a dosi adeguate, a tempo opportuno e in modo facilmente assimilabile. Ciò concorda con quanto la scuola di Castellino ha visto, nella cura della tubercolosi, e Rossi in una anemia grave post-parto, e alcuni autori francesi (Deschamps, Lambin) in anemia in gravidanza, per quanto il primo di essi abbia associato all'epatoterapia alcune trasfusioni e Aubertin e Gianni e Pal che ha sperimentato in anemie secondarie ed emorroidi e a metrorragie, con somministrazione di fegato intero.

Tuttavia, pur non facendo alcun paragone coi risultati ottenuti nell'anemia perniciosa, si può pienamente affermare, ch'essa esplica, anche nell'anemia secondaria, una pronta ed efficace azione, come nessun altro medicamento fin oggi noto. Quale ne sia poi il meccanismo d'azione, come esplica il ritorno delle condizioni generali del paziente allo stato di norma, esula dal nostro compito; tuttavia ci sembra probativo che debba agire come un ormone, eccitante la eritropoiesi e capace di normalizzare il quadro ematico.

RIASSUNTO

L'A., in base ai risultati clinico-sperimentali delle sue ricerche, conclude che la epatoterapia, praticata sotto forma di estratti per via sottocutanea, esplica una pronta azione curativa anche nelle anemie secondarie, come nessun altro medicamento fin oggi usato.

BIBLIOGRAFIA.

CASTELLINO. Rec. STANGANELLI. Morgagni, 1930.
CROSSETTI. Minerva Medica, 1929, n. 18.
CONNER. Journal of the Americ. Med. Assoc., 1929.
SNAPPER e DUPREZ. Nederl. Tijdschr. Geneesk., 1930.
WILKINSON. Brit. Med. Journal, 1930, 2.
GRIVA. Rec. Minerva Medica, 1928, pag. 533.
MICHELI. Folia Medica, 1916, n. 1, 6, 8, 9.
ZOJA. Rass. Clin. Scient., 1928.
WEIMBERG ed ALEXA. Compt. Rend. Soc. Biol., 1928.
PAL. Wien. Klin. Woch., 1927.
PONTICCHIA e CAMPANACCI. Giornale di Clin. Med., 1928.
GIANNI. Policlinico, Sez. Pr., 1928.
SCULTEN. Rec. Minerva Med., 1928, pag. 557.
MINOT e MURPHY. Journ. Amer. Med. Assoc., 1926, pag. 470.
JUNGMANN. Klin. Woch., 1928.
WHYPPLE. Amer. Journ. of Phys., 1920.
LOMBARDI. Riforma Medica, 1928.
SINGER. Wien. Klin. Woch.; rec. Presse Médicale, 1930.
BLOTNER. Journ. of Amer. Dietrich Assoc.; rec. Rif. Med., 1930.
LAMBINS. Presse Méd., 1929, pag. 89.
FERRATA. Rec. Minerva Med., 1930.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE ITALIANO « UMBERTO I » - CAIRO
REPARTO CHIRURGICO
Direttore: Prof. E. GAGLIO.

Trasformazione in un condotto fibroso di un'ansa intestinale strozzata 45 giorni dopo la sua riduzione operatoria

pel dott. SAVERIO CERQUA, chirurgo-aiuto.

Roma X., di anni 42, italiana, casalinga, viene inviata nel marzo scorso di urgenza all'ospedale con diagnosi di ernia ombelicale strozzata.

Alvo chiuso da due giorni, vomiti, dolori diffusi; lingua secca, polso 130, apiressia. All'ispezione dell'addome si nota alla regione ombelicale una massa rotondeggiante della grandezza di una testa di feto. La diagnosi di ernia ombelicale strozzata è ovvia per cui si decide per un intervento di urgenza.

Etere-narcosi. Grande incisione trasversale con asportazione di un lembo ellittico della pelle che comprende la cicatrice ombelicale. All'apertura del sacco fuoriuscita di liquido sanguinolento abbondante. Si rinviene nel sacco un'ansa del tenue strozzata, di colorito nerastro. Si incide l'anello strozzante e si libera l'intestino che in primo tempo dà l'impressione di essere cancrenato; però a poco a poco mediante le compresse di siero caldo l'ansa strozzata comincia a cambiar colore, man mano che la circolazione va ripigliando. Le parti dell'intestino corrispondenti al colletto strozzante sono alla palpazione un poco diminuite di spessore, ma non talmente da far pensare ad un disfacimento completo della mucosa e quindi all'indicazione di una resezione intestinale.

Per prudenza l'ansa intestinale strozzata viene ricoperta con l'epiploon e ridotta. Sutura del peritoneo e delle pareti addominali.

Decorso post-operatorio normale, guarigione per primam, l'ammalata lascia l'ospedale, col consiglio di ritornare fra qualche mese dovendo essere operata di un cistoma ovarico che la gravità delle condizioni non permisero di asportare nel primo intervento.

Qualche settimana dopo la paziente comincia ad avere delle leggere crisi dolorose addominali. I dolori, da principio leggeri e sopravvenienti due o tre ore dopo i pasti, qualche volta accompagnati da vomito, vanno a poco a poco aumentando in modo da impedire ogni assunzione di cibo. La sola dieta idrica solleva l'ammalata; ogni altro nutrimento fa ricomparire i dolori sempre più forti in modo da rendere necessaria una nuova ammissione all'ospedale ed un nuovo intervento. Dati i sintomi di stenosi si pensa a qualche briglia aderente che strozzi l'intestino.

Operazione; etere-narcosi, laparotomia mediana. Si asporta il cistoma ovarico che si era dovuto lasciare durante il primo intervento e che non ha nulla a che vedere con i fenomeni intestinali. Si rinvengono aderenze fra epiploon e peritoneo, che ugualmente non spiegano la stenosi, ma che pur vengono rimosse.

Si passa infine all'esame dell'ansa precedentemente strozzata, che fu ridotta involta nell'epiploon, e si trova trasformata in un condotto fibroso lungo circa 12 cm. della grandezza di un dito mignolo!

Siccome l'intestino al disopra della parte stenosata era molto dilatato, fedeli al principio del minimo intervento, si pratica una entero-enterostomia laterale.

Il decorso post-operatorio fu buono, l'ammalata si rimette ed esce dall'ospedale completamente guarita un mese dopo l'intervento.

Questo caso, che, per quanto a noi consta, è unico nella letteratura, è da mettere a conto dei miracoli dell'epiploon.

Tutti i chirurghi sanno che quando alla regola del peritoneizzare esattamente si è aggiunta la regola di epiploizzare i punti deboli o sospetti la chirurgia ha fatto un altro passo avanti.

RIASSUNTO.

Ernia ombellicale strozzata, curata in primo tempo con la riduzione e l'epiploizzazione. Dopo 45 giorni sintomi di occlusione intestinale. Laparatomia. L'ansa epiploizzata si è trasformata in un cordone fibroso dello spessore di un dito mignolo. Enterostomia laterale; guarigione. Il caso pare unico nella letteratura.

TRIBUNA LIBERA

Sulla vaccinazione antidifterica con anatossina di Ramon.

A proposito del lavoro di M. Faberi e G. Golluscio.

M. Faberi e G. Golluscio, in un articolo apparso in questo giornale (n. 21, maggio 1931), riferendo i risultati ottenuti in soggetti vaccinati con anatossina difterica, trovano che rispettivamente l'80-82,90% dei vaccinati per via ipodermica ed il 75% dei vaccinati per via nasale risultano Schick negativi a distanza di tre mesi dall'ultimo trattamento. Gli autori constatando che le percentuali avute sono inferiori a quelle comunicate da Ramon (95-98 per cento) giustamente se ne domandano il motivo e, trovando analogia dei loro risultati con quelli del Pagani Cesa a Padova (76,40 per cento), pensano se non sia opportuno in tali casi di portare a quattro il numero delle iniezioni di vaccino.

In altra occasione, precisamente a proposito della divergenza di risultati ottenuti da alcuni nostri pediatri nella pratica delle vaccinazioni antidifteriche, dovevo notare quanto segue: « Queste disparità di risultati possono trovare una spiegazione non solo nella tecnica immunitaria adoperata, ma anche nelle diverse proprietà dell'antigene impiegato. Il nome di anatossina dato al vaccino antidifterico ha, infatti, significato puramente denominativo ed acquista valore solo quando se ne faccia conoscere il potere antigene intrinseco. È ormai nozione scientifica bene accertata che lo stato immunitario conferito dall'anatossina, oltre che con la disposizione naturale del soggetto, è in rapporto diretto con la forza antigene posseduta dall'anatossina. Su questo fatto Ramon ha richiamato l'attenzione degli sperimentatori fin dai primordi della sua scoperta (« La force de l'anatoxine — ha ricordato ultimamente — est le facteur essentiel pour l'immunisation »: *C. R. Soc. Biol.*, t, C, 1929, pag. 485), e ha fornito un metodo scientifico col quale si può calcolare il valore delle anatossine in unità antigene, con la stessa precisione con cui si può misurare in unità immunizzanti il valore di un siero. È strano quindi che mentre gli autori si siano preoccupati nelle loro ricerche di attribuire la differenza di risultati ai vari metodi di introduzione del vaccino, non si siano al contrario mai preoccupati di far conoscere il valore dell'anatossina usata a scopo profilattico. Le statistiche riportate non potranno perciò essere seriamente considerate, finchè gli sperimentatori non avranno fatto noto il valore dell'antigene impiegato, come non potrebbero avere alcuna importanza i risultati ottenuti nella sieroterapia se non si conoscesse il valore antitossico del siero » (*Ann. d'Igiene*, fasc. 9, 1930).

Il Faberi, che pure è bene al corrente dell'argomento ed ha scritto in questo giornale numerosi articoli sull'anatossina difterica e sul suo impiego nell'uomo, sembra dimenticare nelle sue esperienze che l'«anatossina di Ramon » è quella che oltre ai caratteri d'innocuità possiede pure un titolo noto in unità antigene determinate col metodo della flocculazione. Ed è sorprendente che gli autori, mentre citano le raccomandazioni di Ramon di usare un'anatossina ad alto titolo, trascurino di far noto il valore antigene dell'anatossina difterica da essi impiegata. Non solo vogliono ignorare che la costanza dei risultati è data dalla costanza del valore antigene del vaccino, come trovano scritto a pag. 295 del numero degli Annali dell'Istituto Pasteur da loro citato, ma non tengono alcun conto nel loro articolo dei risultati comunicati da Ramon e Nélis, i quali ottengono con un'anatossina difterica a 4,5 e a 7 unità antigene per cc., l'80 per cento di immunizzati e con un'anatossina a 12,5 u. a. il 94,2 % (Ramon e Nélis: « Essais comparatifs d'immunisation active de l'homme au moyen d'échantillons d'anatoxine diphtérique de valeur différente ». *C. R. Soc. Biol.*,

t. CV, pag. 500, 1930). Quando poi accennano ai moderni metodi per la preparazione di una tossina difterica potente, da cui deriverà una anatossina molto attiva, gli autori non credono nemmeno conveniente di menzionare quanto in questo campo è stato modestamente fatto in Italia da qualche sperimentatore che pure viene ricordato dallo stesso Ramon nel detto numero degli Annali dell'Istituto Pasteur.

Faberi e Golluscio passano pure sotto silenzio i risultati importanti ottenuti dal Salvioli e dai suoi allievi con la vaccinazione antidifterica per via nasale, la quale via, pur dovendosi ritenere come meno sicura di quella ipodermica, può tuttavia permetterci di ottenere una percentuale di immunizzati maggiore di quella ottenuta dagli autori solo che si facciano correre dei periodi intervallari lunghi fra un trattamento e l'altro e si adoperi l'anatossina in modo tale che resti aderente alla mucosa che deve assorbirla.

Dott. DOMENICO D'ANTONA
Direttore dell'Istituto Sieroterapico e Vaccinogeno Toscano.

Siena, 30 maggio 1931-IX.

Replica dei dott. M. Faberi e G. Golluscio.

Desidereremmo che il dott. D'Antona rileggesse più attentamente il nostro lavoro, prima di farci l'accusa di preconizzare una quarta iniezione di anatossina.

Noi, al contrario di quanto egli asserisce, ci siamo limitati a dichiarare, citando le esperienze fatte al proposito da alcuni autori francesi, che « nella pratica corrente il prolungare troppo la vaccinazione, sottoponendo il bambino a 4 iniezioni, rappresenterebbe un inconveniente notevole ».

Non comprendiamo poi come il dott. D'Antona si senta autorizzato ad usare parole forti, incolpandoci di « voler ignorare » tutto ciò che riguarda il valore antigeno del vaccino, e di « non tenere alcun conto » delle ricerche fatte in proposito dal Ramon e collaboratori. Lo rimandiamo, per questo, al lavoro di uno di noi sulla profilassi antidifterica (*Policlin.*, Sez. Prat., 1929), ove l'argomento è svolto con tutta l'ampiezza possibile. Il nostro recente lavoro, invece, oggetto della critica severa del dott. D'Antona, non ha che una modestissima portata pratica, quale è quella di far conoscere i resultati ottenuti usando un vaccino antidifterico, fornitoci nella confezione originale del commercio. Ora, l'essere tale confezione priva della reclamata indicazione di valore antigeno, è cosa che non riguarda affatto noi, che abbiamo voluto metterci unicamente nelle condizioni di qualsiasi altro sanitario, che intenda praticare una vaccinazione antidifterica.

Il non aver poi parlato degli studi del D'Antona, il quale sarebbe lo sperimentatore italiano citato dal Ramon, cui sopra si allude, è dipeso dal fatto che non erano da noi conosciuti; mentrechè l'accenno ai lavori del Salvioli e della sua scuola è stato omesso alla stessa stregua di quello di altri moltissimi, perchè la straordinaria ricchezza della letteratura in proposito non permette di dilungarsi in citazioni, in un modesto lavoro pratico.

SUNTI E RASSEGNE.

ENDOCRINOLOGIA.

Osservazioni sulla patogenesi del morbo di Flajani-Basedow.

(D. MARINE. *The Americ. Journ. of the Medic. Sciences*, dicembre 1930).

Questa malattia può essere divisa in forme acute e forme croniche e ognuna di queste in forme complete e incomplete e questo per evitare le espressioni molto usate di adenoma tossico, di gozzo adenomatoso con ipertiroidismo, di tirotossicosi.

Le alterazioni anatomiche della tiroide sono costanti ma non specifiche. Nella Clinica Crile a Cleveland l'A. ha studiato parecchie centinaia di tiroidi ed ha notato chel'iperplasia tiroidea del m. di Flaiani-Basedow non differisce da quella che si può avere in altre condizioni morbose. Quest'iperplasia regredisce con le cure iodiche, il che non avviene nell'adenoma. Inoltre nel Flaiani-Basedow si ha iperplasia dei tessuti linfoblastici (milza, timo e ghiandole linfatiche regionali). L'iperplasia del timo si trova nel 75 % dei casi. Quest'iperplasia dei tessuti linfatici si ripercuote sul sangue periferico con una linfocitosi relativa (60 % di linfociti). Un'iperplasia linfoide si trova anche nel tessuto tiroideo.

L'iperplasia linfoblastica sembra si debba interpretare come una reazione contro l'eccessiva secrezione tiroidea e un compenso all'insufficiente secrezione surrenale e delle gonadi.

Certamente l'estirpazione della tiroide fa regredire il timo, mentre (sempre negli animali) l'estirpazione delle surrenali lo rigenera dando uno stato timolinfatico. Alcuni per questo sostengono che la malattia rappresenti l'espressione di uno stato costituzionale congenito, mentre secondo l'A., si può avere anche come acquisito; però certamente m. di Addison, m. di Flaiani-Basedow e stato timolinfatico hanno stretti rapporti fra loro.

Nel Flaiani-Basedow sono frequenti le alterazioni anatomiche del fegato (cirrosi).

Nei riguardi dell'*etiologia*, la maggior frequenza della malattia nelle donne non è ancora chiaramente spiegata.

Nei riguardi dell'età, la malattia è molto rara prima della pubertà; dopo può aversi o prima dei 30 anni o sul declinare dell'età sessuale.

Sperimentalmente nel gatto e nel coniglio a tiroide intatta si può, provocando gravi lesioni della corteccia surrenale, avere aumento del metabolismo basale, miastenia, rigenerazione del timo ed iperplasia delle ghiandole linfatiche, aumento dell'appetito, irritabilità, tutti fenomeni transitori.

L'involuzione della corteccia surrenale nei bambini dà un quadro che somiglia a questo sperimentalmente ottenuto.

Nella *cura* del m. di Flaiani-Basedow sono stati provati numerosi estratti ghiandolari. L'A. ritiene che solo la corteccia surrenale sia efficace; meno efficace è l'emulsione di ovaio e corpo luteo.

Il Marine cita un caso di m. di Flaiani-Basedow che ritiene abbia valore di caso provocato sperimentalmente, perchè comparve in un uomo di 40 anni affetto da sarcoma retroperitoneale curato con roentgenterapia profonda in modo da ledere le surrenali. R. LUSENA.

Fegato e milza nel morbo di Flajani-Basedow.

(ASSMANN. *Münch. Med. Woch.*, n. 6, 1931).

L'A. ricorda che l'ittero — come sintoma dominante di una turba epatica, è considerato fenomeno rarissimo nel corso del morbo di Basedow (m. B.).

Raccogliendo tuttavia un'ampia letteratura su questo argomento, l'A. ha veduto che esiste un gran numero di comunicazioni isolate su questa evenienza.

L'accusata critica di questi casi e di quelli personalmente osservati ha permesso all'Autore di stabilire le seguenti cause di ittero nel m. B.:

1) L'ittero può rappresentare una complicazione casuale, dovuta ad una colangite, a una colelitiasi, o ad una lues.

2) L'ittero è dovuto ad una stasi epatica da insufficienza cardiaca, e va congiunto agli altri fenomeni della stasi periferica, e interpretato come tale; data la difficoltà di dominare uno scompenso cardiaco nel m. B., il suo esito è spesso letale.

L'A. riferisce in proposito due casi molto dimostrativi, e insiste sulla intensa degenerazione grassa delle cellule epatiche; a giudizio anche di altri Autori, la degenerazione supera per estensione i caratteri di quella che normalmente accompagna il disturbo del circolo (fegato noce moscata), e dovrebbe imputarsi ad influenze tireotossiche-degenerative.

3) L'ittero può comparire — senza insufficienza del cuore — in casi caratterizzati da segni generali d'intossicazione tiroidea — ed è allora da attribuirsi a fenomeni tossici — che si rivelano anche con lesioni renali, degenerazioni del miocardio e della musculatura scheletrica ecc.: un caso di atrofia gialla acuta è stato descritto da Raab e Terpan.

Che, in questi casi, l'ittero non rappresenti una pura coincidenza, lo dimostra il fatto che col migliorare dei fenomeni tireotossici anche esso si allevia — onde, sebbene sia sempre da considerare come un fenomeno di una certa gravità, tuttavia non gli va attribuito un carattere assolutamente sfavorevole.

4) In un piccolo numero di casi, è stata osservata la presenza di cirrosi del fegato nel m. B.

Mentre alcuni Autori, tra cui Chwostek, non ammettono alcun rapporto tra i due processi morbosi, l'Assmann è tra quelli che vedono in entrambi un unico elemento casuale: e, a dimostrazione di questo concetto, egli cita un caso in cui l'ingrossamento del fegato (si parla qui di cirrosi ipertrofiche) era cresciuto di volume e di consistenza qualche mese dopo un attacco acuto di manifestazioni tireotossiche, svoltesi con un intenso dimagrimento del soggetto.

Anche ricerche sperimentali hanno dimostrato la capacità epatotossica possieduta dalle sostanze tiroidee: e si comprende quindi come anche la funzione del fegato debba essere danneggiata.

È vero che le prove della galattosuria non hanno dato risultati concreti, ma si tratta di ricerche grossolane ed è assai probabile che — quando saremo in possesso, di mezzi di ricerca più fini — potremo mettere in evidenza sempre tali turbe della funzione epatica.

Per quanto riguarda la milza, il suo ingrossamento è stato osservato anch'esso raramente, ma ad ogni modo con maggior frequenza di quello del fegato.

Tale splenomegalia deve essere considerata come l'espressione di una iperplasia generalizzata dell'apparato linfatico. V. SERRA.

Gli effetti della legatura di un'arteria tiroidea inf. sulla calcemia e sulla sintomatologia funzionale di un caso di poliartrite anchilosante.

(LERICHE e JUNG. *Bull. Mém. Soc. Nat. Chir.*, n. 29, 22 nov. 1930, p. 1249).

Gli AA. prendono in esame la cura di certe malattie ossee con le operazioni sulle paratiroidi e tra esse specialmente la malattia di

Recklinghausen. Egli divide le osservazioni in quelle con adenoma paratiroideo ed in quelle con paratiroidi normali. Dinanzi a casi che si riferiscono alla prima l'indicazione operatoria è netta. Per le osservazioni del secondo gruppo la paratiroidectomia si basa sulla circostanza che in tali ammalati la calcemia è aumentata.

Gli AA. fanno osservare che in 13 casi di poliartrite anchilosante osservati in 18 mesi, solo 3 volte vi era ipercalcemia. Egli crede che nei malati l'ipercalcemia non sia costante, almeno nei periodi di riposo della malattia.

Citano la loro osservazione di un uomo di a. 40 il quale da 12 a. aveva anchilosi multiple (vertebrali ecc.); in esso la calcemia era di 127-116; nulla di patologico a carico delle paratiroidi. L'asportazione bilaterale delle paratiroidi è stata fruttuosa solo pel lato d. Tuttavia la calcemia si ridusse al normale (0,082) e tale si mantenne per 4 settimane. Si ebbe miglioramento notevole della funzione delle articolazioni non anchilosate ancora, cessazione del dolore; ma dopo 6 settimane, pur persistendo la calcemia in limiti normali lo stato si aggravò di nuovo.

Nella occasione Leriche e Jung ricordano la grave difficoltà per tutti gli operatori, anche i più esperti sull'argomento, di identificare ed asportare le paratiroidi.

Illustrano un caso di poliartrite anchilosante, del tipo di Bechterew in un uomo di a. 21, con manifestazioni che datavano da 5 mesi: dolori irradiantisi dalla regione lombare alla coscia ed al ginocchio, che assunsero posizione di flessione; di poi immobilizzazione della colonna vertebrale, flessione della coscia sin. sul bacino, e delle gambe sulla coscia; dolori ai più piccoli movimenti. Articolazione scapolo-omerale sin. bloccata e dolorosa.

Radiograficamente tutte le articolazioni lese presentavano le interlinee cancellate, pizzicate, con osteofiti periarticolari e decalcificazione. Calcemia aumentata (g. 0,11 per litro di siero). Leriche all'operazione asportò a sinistra una piccola massa rossa, ma per maggiore sicurezza legò la tiroidea inf. sinistra. L'esame istologico dimostrò non essere la paratiroide. L'indomani dell'operazione i movimenti si compivano senza dolore. La semiflessione del ginocchio e dell'anca cedettero alquanto. La calcemia si ridusse in limiti normali (gr. 0,90). Tali condizioni perduravano dopo 4 mesi con scomparsa completa dei dolori e miglioramento funzionale di quelle articolazioni, nelle quali non vi era saldatura completa.

Gli AA. pensano che la legatura della tiroidea inferiore, che dà le 2 paratiroidee, abbia prodotto una diminuzione di secrezione delle glandole paratiroidee.

V. JURA.

FEGATO E VIE BILIARI.

Funzionalità gastrica nell'ittero completo da occlusione con speciale riguardo alla digestione dei grassi.

(G. BAGNARESI. *Rif. Med.*, n. 42 ott. 1930).

Sui rapporti che esistono tra il fegato, la funzione epatica e lo stomaco hanno richiamato l'attenzione diversi autori. È noto che la funzione gastrica risente in modo più o meno intenso delle alterazioni che si presentano a carico del fegato e delle vie biliari, malgrado che le conclusioni non siano sempre concordi nel definire la natura di tale alterata funzione gastrica.

Per le molteplici correlazioni fisiologiche e nervose che esistono fra stomaco e duodeno, colecisti e dotti biliari, e in considerazione dell'azione della bile sulla emulsione dei grassi, l'A. ha voluto ricercare l'influenza che esercita sulla funzione gastrica e sopratutto sulla digestione dei grassi il mancato deflusso biliare. Nello stesso tempo è stata portata l'attenzione sull'attività motoria e secretoria dello stomaco in tali itteri mediante vari pasti inerti ed alimentari.

Le ricerche sono state condotte su 11 pazienti, di cui 7 con ittero completo da occlusione; si è praticato il sondaggio gastrico frazionato per saggiare i valori secretori dopo pasto opaco di gelobarina, pasto di carne, di grasso minerale (paraffina). La motilità nel senso del tono della peristalsi e del riflesso pilorico sono stati studiati sotto lo schermo radiologico.

Dallo studio di tutti questi casi si ricava che nell'ittero completo da occlusione nella maggior parte dei casi vi è una notevole ipercloridria.

Anche il pasto grasso in tali infermi provocava una secrezione iperacida, la quale durante la digestione assume un carattere iperstenico-astenico.

A carico della motilità si nota un ipertono, il quale col pasto grasso si accentua fino alla contrattura spastica, specialmente a carico del corpo e della regione antrale. In questi casi la pars cefalica tende ad espandersi, la peristalsi è inibita per lungo tempo, e il piloro rimane serrato per lungo tempo; viene in tal modo allungata l'evacuazione gastrica. Le modificazioni morfologiche dello stomaco sono riferibili all'ipertono dei segmenti distali dello stomaco, e sembrano stare in stretta relazione con la stratificazione degli ingesti. Queste modificazioni morfologiche sono messe in evidenza con maggiore intensità dal pasto grasso, sia che dipendano da influenze nervose riflesse, sia che dipendano da alterazioni funzionali prodotte dalla impregnazione itterica a livello dei tessuti gastrici e duodenali.

L. CARUSI.

Studi batteriologici recenti relativi alle colecistiti croniche.

(M. CHIRAY, M. LIÉGEOIS E G. ALBOT. *Arch. des mal. de l'app. digest. et des mal. de la nutrit.*, gennaio 1931).

Lo studio batteriologico non può da solo chiarire la patogenesi delle colecistiti croniche, poichè i germi patogeni non sono che uno dei fattori determinanti delle affezioni vescivolari. Questo spiega la complessità del problema.

Le tecniche di isolamento batteriologico impiegate per lo studio delle colecistiti si sono considerevolmente modificate. Le prime ricerche batteriologiche furono fatte a mezzo di culture di bile prelevata con sondaggio duodenale. Il valore di questo metodo è attualmente ritenuto quasi nullo a causa delle molteplici cause di errore che il metodo comporta. Queste culture sono spesso, in effetti, negative e, quando sono positive, le contaminazioni secondarie sembrano frequenti. A parte il potere inibitore proprio della bile, si ammette l'esistenza di una battericidina duodenale sulla quale la bile normale avrebbe un potere attivante. Si comprende quindi la frequente sterilità della bile ottenuta per sondaggio duodenale.

Gli AA. americani danno valore solo alle culture fatte sulla bile delle vescicole prelevate chirurgicamente. Ora, dato il potere inibitore esercitato dalla bile, specie dalla bile vescicolare concentrata, sullo sviluppo dei batteri, anche questo metodo è da considerare imperfetto. Gundermann, Alvarez e Huntemüller per i primi dimostrarono che in certi casi, mentre la cultura della bile resta sterile, quella della parete vescicolare dà dei risultati positivi.

Numerosi AA. hanno confermato questo dato, ma recentemente Wilkie ha dimostrato che anche la mucosa vescicolare inibisce le culture dei microbi patogeni. Per mettere in evidenza l'agente microbico delle colecistiti, questo A. ha raccomandato sia la cultura della parete vescicolare dopo asportazione della mucosa, sia, e meglio ancora, la cultura del ganglio cistico quasi sempre infiammato in tali casi. Queste culture hanno dato nel 100 % dei casi risultati positivi a Huntermüller ed in 21 casi su 43 a Wilkie.

A parte la loro importanza pratica, queste constatazioni hanno, per gli AA. citati, un valore teorico considerevole. Secondo essi, non si devono considerare come agenti patogeni che quelli che danno delle culture a partire dalla parete e dal ganglio cistico, e che si dimostrano di un tipo uniforme negli isolamenti fatti dalla bile, dalla parete e dal ganglio. Essi si basano sulle constatazioni così fatte per affermare che i microbi possono aggredire la vescichetta solo per via sanguigna. Infine essi negano ogni azione patogena ai microbi intestinali, che non possono essere isolati che nella bile, e non si ritrovano nè nella parete nè nel ganglio. Il colibacillo sembra dunque diminuire d'importanza, a favore dello stafilococco e sopratutto dello streptococco.

I mezzi di cultura impiegati in queste ricerche sono assai variabili. Gli AA. consigliano il brodo Martin, nel quale le culture si sviluppano più rapidamente che nel brodo glucosato caldo preconizzato da Wilkie.

I risultati ottenuti con questi diversi metodi sono stati utilizzati per un doppio scopo. Ogni autore ha tentato di stabilire, grazie al materiale raccolto, una classificazione delle colecistiti basata sulla clinica e sulla batteriologia. Inoltre, ha tratto da questi studi degli argomenti a favore dell'una o l'altra concezione patogenetica. Particolarmente discussa è stata la via seguita dagli agenti patogeni per aggredire la vescichetta. In favore dell'origine ascendente sono state invocate le statistiche che rivelano la predominanza dei microbi intestinali. In favore dell'origine discendente parlano le ricerche che mettono in luce l'importanza degli stafilococchi e degli streptococchi. In particolare Rosenow e Wilkie pensano che la colecistite si verifichi per infezione ematogena. Essi vanno anche più lontano, poichè vedono negli streptococchi isolati con la cultura della parete, dei microbi specifici dotati di un vero trofismo vescicolare, poichè, iniettati nelle vene, essi riprodurrebbero una colecistite cronica.

Da tutte queste discussioni si può concludere che le condizioni patogenetiche delle colecistiti sono multiple. La diversità dei germi trovati, la virulenza variabile, la molteplicità delle affezioni lontane che possono costituire il punto di partenza dell'infezione vescicolare, fanno pensare che il fattore batteriologico non è il solo elemento patogenetico da considerare, e che in certi casi non è forse nemmeno il più importante. Certi fatti sembrano dimostrare che la via d'arrivo dei germi non è univoca e che forse via ascendente, via sanguigna e via discendente hanno ciascuna importanza nei singoli casi. D'altra parte, accanto al microbo, non bisogna dimenticare l'importanza del terreno, cioè del fegato e della predisposizione personale o ereditaria.

Volendo cercare di precisare l'importanza del fattore microbico nelle colecistiti croniche, nelle colecistiti croniche litiasiche sembra che la maggior parte degli AA. sia d'accordo per ammettere il predominio dei colibacilli e del paratifo B. Può essere che l'azione microbica consista nel favorire la precipitazione della colesterina determinando delle lesioni desquamative della mucosa o delle infiltrazioni linoidiche: può essere che abbia importanza sulla precipitazione della colesterina l'abbassa-

mento del pH determinato dall'infezione biliare; secondo gli AA. però l'importanza maggiore spetta al fattore umorale ed al fattore epatico.

Nelle colecistiti non litiasiche, invece, l'importanza del colibacillo appare trascurabile. Diversamente è considerata dai vari AA. l'importanza dello stafilococco e dello streptococco. Per Rosenow e per Wilkie l'agente più importante della colecistite non calcolosa sarebbe lo streptococco. La patogenesi di queste forme di colecistite resta ancora assai confusa. La via seguita dall'infezione è diversamente interpretata, ma la maggior parte degli AA. pensa che l'infezione vescicolare si verifichi sia per la via biliare discendente che per la via ematica.

L'origine dell'infezione può essere variabile; a questo proposito sembra agli AA. che s'imponga un certo ecletismo. Tutto fa credere all'esistenza di casi di origine enterogena e di altri in cui l'infezione proviene dalla grande circolazione. La via ematogena potrebbe realizzare l'infezione per due cicli differenti secondo l'origine dell'infiammazione. Un ciclo a corto raggio sarebbe realizzato nel corso di numerosi disturbi intestinali e costituirebbe una sindrome entero-epatica. Un ciclo a grande raggio interesserebbe la grande circolazione nel corso di setticemie o batteriemie di origini diverse.

Quanto al processo per il quale l'infezione così creata si perpetua sulla vescichetta, Vincent Lyon ha avanzato l'ipotesi dei circoli viziosi. La vescichetta potrebbe essere reinfettata dal fegato e dal pancreas che essa ha infettati.

Appare evidente l'importanza assunta dagli agenti etiologici in questa varietà di colecistite, ma il problema comporta ancora numerose incognite. Non è possibile precisare ancora per quali ragioni in un malato si produca una colecistite ed in un altro no.

Bisogna ammettere senza riserva la concezione di Rosenow e di Wilkie, che ammettono degli streptococchi dotati di un vero tropismo vescicolare? È dubbio, anche perchè gli streptococchi non sono i soli agenti patogeni delle colecistiti. Gli AA. ritengono che abbia notevole importanza la predisposizione personale, intesa come predisposizione epatica. Parecchi AA. hanno segnalato delle lesioni microscopiche o dei focolai di infezione microbica del fegato nel corso delle colecistiti. È difficile considerare questi accidenti come secondari alla colecistite ed è più verosimile considerarli come focolai primitivi o concomitanti.

Così, invocando il ruolo del fegato ben noto nella batteriopessia e nell'eliminazione microbica, si potrebbe forse spiegare la localizzazione vescicolare dei diversi germi.

C. TOSCANO.

Crisi bilio-vescicolari e tabe.

(CARNOT. *Paris médical*, n. 5 1931).

Le crisi viscerali della tabe, crisi più raramente osservate nella paralisi generale, nella siringomielia, nella sclerosi a placche, hanno per lo più una fisionomia gastrica.

Le crisi hanno per carattere di iniziarsi in modo brusco e così di terminare.

L'intensità dei dolori è talora estrema, sono dolori, folgoranti, lancinanti, da ferro rovente, a fascia, con irradiazioni all'addome, agli inguini, alle braccia, al collo. Fournier le fa somigliare alle coliche nefritiche, epatiche. I vomiti sono spesso un segno isolato, improvvisi, violenti, di materie alimentari, mucose, biliose magari ematiche: vomiti fino a 3-4-12 litri nelle 24 ore, ovvero sono vomiti a secco, od ematemesi. Altro sintoma della crisi è l'astenia estrema.

Spesso si trova un respiro ansioso, una tachicardia, di rado una bradicardia, una iperestesia cutanea segmentaria, talora anestesia a fascia, addominale. Esagerazione dei riflessi addominali quattro volte su otto; durata di ore e di giorni. Fine brusca con improvviso benessere del malato.

Sono state descritte forme gastralgiche, con coliche secche; forme vomitorie, senza dolori ma con vomiti acquosi, acidi, biliari; forme flatulenti con eruttazioni espulsive, convulsive; forme bulimiche, con fame imperiosa; forme emorragiche ove si pensa e si teme l'ulcera gastrica. E vicino alle forme gastriche sono state descritte forme intestinali, forme anorettali, salivari. Raramente sono state descritte forme bilio-vescicolari. Carnot ne cita cinque casi personali; e sfogliando la letteratura trova descritte come crisi gastriche delle crisi che molto somigliano alle crisi bilio-vescicolari oggetto della studio presente. (Caso del Déléage, del Debove, del Foy, del Camus, di Mantoux, ecc.).

Nel primo caso del Carnot si trattava di una infermiera di 36 anni, isterectomizzata per fibroma, con rene mobile, che due anni prima dell'ingresso in Clinica era stata colpita da una crisi viscerale con vomito incessante, vertigini, cefalea intensa, astenia intensa, perdita della coscienza: il giorno dopo tutto era scomparso. Un anno era passato allorchè fu la p. colpita da identica crisi con vomiti abbondanti, ripetuti, biliosi; dopo qualche mese di nuovo vertigini nella notte, nausee e fine brusca del disturbo.

Alla quarta identica crisi, vomiti abbondanti, biliosi, disidratazione, astenia.

Clinicamente la regione vescicolare (si ricercano i dati della litiasi biliare) non è nettamente dolorosa, radiologicamente la seconda porzione del duodeno è addossata all'ombra vescicolare, non si notano calcoli, normale la Meltzer Lyon.

Esiste ipotonia muscolare, areflexia rotulea ed achillea, Argill Robertson bilaterale, qualche disturbo urinario, W. R. positiva nel liquor. Si tratta perciò di crisi biliari collegate alla tabe.

Nella seconda malata le crisi biliari erano più nette: la diagnosi radiologica faceva pensare ad una periduodenite di origine vescicolare. Ma anche in questa quarantasettenne vi era ineguaglianza pupillare, Argyll Roberson, W. R. positiva nel sangue, achillei deboli a destra. Un'altra malata trentaquattrenne, aveva avuto una crisi con dolori all'epigastrio ed all'ipocondrio destro. In una seconda crisi si notano: inizio brusco, dolori al cavo epigastrico ed al bordo costale destro con irradiazioni alla spalla destra, vomito biliare non calmante il dolore, stipsi, fine brusca e completa. Qualche giorno prima la malata aveva avuto subittero e scoloramento delle feci. Segni manifesti tabetici.

Fatti simili a carico di una quarta malata, alla quale anzi si erano stabilite delle vere crisi subentranti, con febbre e dimagramento. Era stata sifilitica, la pupilla destra reagiva appena alla luce, la W. R. era debolmente negativa.

In un quinto caso, un malato, si trattava di un misto tabeto-vescicolare, con crisi epatiche, con doppio Argyll Robertson, ineguaglianza pupillare, areflexia, ed atassia iniziale.

Bastano questi esempi per dimostrare che le crisi bilio-vescicolari nei tabetici sono non rare. La diagnosi fra visceralgie epato-vescicolari della litiasi biliare o delle pericolecistiti e crisi tabetiche radiculo-midollari a proiezione visceralgica epato-vescicolare è in realtà difficile. In favore dell'origine epato-vescicolare vi sono gli antecedenti, la coesistenza di ittero o di subittero, la decolorazione intermittente delle feci, l'assenza di penetrazione vescicolare del tetraiodo, l'immagine radiografica di calcoli o la deformazione per contatto o per aderenze della vescicola e del duodeno.

In favore dell'origine tabetica si possono trovare i piccoli segni oculari (A. Robertson, diplopia, ptosi), l'abolizione dei riflessi rotulei, achillei, l'iperestesia o l'anestesia radicolare, l'ictus laringeo, le reazioni del liquor, del sangue, gli antecedenti sifilitici. Delicata è la diagnosi nell'associazione tabeto-vescicolare con segni organici di lesioni vescicolari o duodenali e con lesioni tabetiche.

L'andatura clinica simile nelle crisi viscerali della tabe e della litiasi si può spiegare con il carattere « simpatico » comune a queste algie. Molto si è discusso sul meccanismo della crisi delle coliche epatiche. Spesso si è incriminata la contrattura muscolare della vescicola o delle vie biliari. In realtà il dolore viscerale si può spiegare con fenomeni nervosi a sede in un punto qualunque del neurone sensitivo. Così pure i dolori parossistici dell'ulcera hanno un netto carattere sensitivo simpatico: probabilmente il punto di partenza dell'algie si localizza nelle terminazioni iuxta ulcerose delle vie simpatiche. Di qui alcuni caratteri generali comuni alle diverse simpatalgie: intermittenza delle crisi, inizio e fine brusca, intensità delle reazioni sensitive (dolori irradiati), motorie (vomiti, singhiozzo), secretorie, vasomotorie, astenia generale. E sono questi i caratteri che noi troviamo nelle crisi viscerali della tabe anche esse legate a reazioni simpatiche: il disturbo ha sede allora nel plesso solare, nei gangli rachidei, o nei centri sensitivi del midollo dorsale. La localizzazione è un po' differente nelle algie-crisi gastralgiche: qui sembra essere bilaterale a livello della D 4-D 9; unilaterale dalla D 9 alla D 11 per le crisi epato cistalgiche.

MONTELEONE.

NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE.

Prof. Dott. CASIMIRO FRANK. *Il processo fine della coscienza. Principii di biopsicologia, biopsicopatologia e biopsicoterapia.* Roma, Tipografia « La Precisa », 1931. L. 50.

Il problema dei rapporti tra psiche e cervello, tra processi psichici e nervosi in senso fisiologico, è vecchio quanto la scienza investigativa e, in epoche più recenti, sperimentale, e va da Aristotile, da Platone sino a Bergson, Sherrington, Bechterew, Pawlow, per citare soltanto alcuni dei maggiori; alla soluzione di tale formidabile e insoluto problema è rivolta l'opera veramente poderosa del Dott. Frank.

Questa si inizia con una garbata demolizione di tutte le dottrine base della moderna psico-patologia, e non risparmia nè il Bleuler, nè il Freud, nè il Kretschmer, nè il Lombroso, nè il Bechterew, nè il Pawlow e i suoi allievi e i loro « riflessi condizionati », affermando concetti non sempre completamente esatti come quello che la psicologia pura e quella sperimentale lascino da parte « l'anatomia cerebrale come zavorra superflua, puerile e decorativa ».

L'A. non ammette che una « psicologia anatomica », per cui ne deriva il principio che la corteccia cerebrale è sede della psiche elaboratrice e organizzatrice di ogni funzione mentale. Su questa base crea la Biopsicologia, la quale corrisponde al concetto che il processo della coscienza si svolge nella corteccia cerebrale dell'uomo stesso e ci manifesta la « cosiddetta anima » nella vita di tutti i giorni, e da esso derivano integralmente la costituzione somatica e ogni sua funzione compreso l'apparato endocrino e quello neuro-vegetativo, invertendo completamente tutte le dottrine più moderne e più favorevolmene accolte. Ammessa una duplice forma o fasi di estrinsecazione della coscienza « fase cosciente super-cosciente

e fase cosciente sub-cosciente » di cui farebbero parte le rappresentazioni affettive, i sentimenti, ecc. », l'A. crea due tipi « biopsicotipi » della personalità integrale dell'uomo normale. Largamente trattando, sulla guida dell'Economo, la citoarchitettonica cerebrale e schematizzando e sminuzzando la localizzazione cerebrale, arriva alla conclusione categorica « forse troppo categorica anche al lume dell'anatomia » che il lobo frontale è la sede unica della nostra coscienza, della nostra personalità integrale.

Costituito quindi della suggestibiltà e della suggestione un elemento di importanza capitale per la vita in generale, sia individuale che collettiva, affermato il concetto della Biopsicopatologia, da cui fa derivare una sua particolare classificazione delle malattie mentali, che egli chiama malattie della coscienza o della corteccia, che, come fu detto, per esso è la stessa cosa, l'A. crea la Biopsicoterapia e la Biopsicagogia, basate integralmente sulla suggestione « suggestione persuasiva, procedimento corticale, sostituzione dell'autosuggestione normale a quella patologica » sia in senso curativo che in senso profilattico, « Corticagogia ».

Ma in questo campo di pratica applicazione delle sue teorie, che non crediamo siano accolte da facile ed esteso consenso, ci permetta l'A., la cui opera comunque intesa è molto interessante, indice di non comune ingegno e di grande cultura, di far rilevare che, pure ignorando la Biopsicoterapia, la stessa terapia, con il semplice nome di Psicoterapia, e con intendimenti più modesti e meglio corrispondenti alla realtà, nelle malattie psichiche e solo in quelle in cui è veramente efficace « psiconevrosi », fu già da molti altri « fra cui illustri maestri di ogni paese » e anche da noi razionalmente consigliata e fervidamente applicata.

G. MÒGLIE.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

Pratique médico-chirurgicale. 3ª ediz. pubbl. sotto la direzione dei proff. COUVELAIRE, LEMIERRE, LENORMANT. Vol. I, di pagg. 1025. Vol. II, di pagg. 1045. G. Masson et C.ie, Paris, 1931. Prezzo di ogni volume Fr. 150; dell'opera completa Fr. 1300.

Le due precedenti edizioni di quest'opera, pubblicate rispettivamente nel 1907 e nel 1911 si esaurirono rapidamente, senza che d'allora in poi fosse stato potuto, causa diverse circostanze, approntare una nuova edizione, quantunque fosse vivamente sentito il bisogno di una simile enciclopedia.

Questa nuova edizione, che può dirsi fatta *ex novo*, e che si comporrà di 8 volumi, viene pubblicata sotto la direzione dei proff. Couvelaire, Lemierre, Lenormant (allievi di coloro che furono gli autori delle prime due edizioni), con il concorso del prof. Ravina, come segretario generale, e di circa altri 200 collaboratori.

La Pratique Médico-chirurgicale fornisce al pratico e allo studioso, classificate in ordine alfabetico, tutte le nozioni essenziali che sono disseminate nei trattati di medicina e di terapia, di chirurgia e di tecnica operatoria, di ostetricia e delle diverse specialità. È un'opera orientata esclusivamente verso la pratica, cioè a dire verso la Clinica e la Terapia.

Ancor più che, nelle precedenti edizioni, gli AA. hanno lasciato da parte tutto ciò che è storia, ipotesi, teorie, perchè l'opera deve rappresentare una guida nella quale, chiunque deve trovare immediatamente e con tutti i dettagli necessari, il consiglio d'ordine pratico, l'insegnamento adatto al bisogno.

A lato della descrizione metodica delle malattie, della loro diagnosi e della loro cura, numerosi articoli sono consacrati alle terapie moderne (batterioterapia e sieroterapia, trattamento con gli agenti fisici, collassoterapia della tbc. polmonare), alle questioni di dietetica, a quelle concernenti la medicina sociale, alla farmacologia, ecc.

La resurrezione di quest'opera avrà quindi senza dubbio meritato successo, perchè essa, si può dire, rappresenta lo strumento di lavoro del medico di oggi mentre la perfezione tecnica con cui è stata realizzata fa certamente onore ai suoi editori.

A. POZZI.

Ergebnisse der gesamten Medizin. Vol. XV. Due voll. di complessive pag. 584, con 30 fig., 24 tav. in nero ed 1 a colori. Urban e Schwarzenberg, Berlin, Prezzo RM. 30.

Questi « Ergebnisse » costituiscono, come è noto, un'eccellente raccolta di ottime monografie, che trattano a fondo una data questione, mostrando lo stato attuale delle nostre conoscenze in proposito.

Non è possibile fare una disamina delle singole monografie, talune delle quali molto ampie, come quella sul *trattamento chirurgico dell'ulcera gastrica e duodenale e delle sue complicazioni* (H. FINSTERER) e quella sul *quadro radiologico del carcinoma gastrico* (H. CAOUL e A. ADAM) accompagnata da numerose radiografie.

Basterà dare l'elenco delle singole monografie per mostrare quali interessanti argomenti siano qui trattati. *Nuovi medicamenti nel* 1924-1929 (M. KOCHMANN). *Chetosi ed acidosi* (J. SNAPPER e S. van CREVELD). *La cooperazione del medico per la spiegazione dei casi di morte violenta* (F. PIETRUSKY). *Stato attuale delle ricerche sulla digitale* (H. SEEL). *Pancrea-*

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

tite (H. HORSTERS). *Eziologia e patogenesi del morbo di Basedow* (H. SATTLER e L. BORCHARDT). *Patologia della coagulazione sanguigna* (B. STUBER e K. LANG). *La piuria nel bambino* (W. HEYMANN). *La blenorragia oculare ed il suo trattamento* (K. VELHAGEN). *I disturbi mestruali* (H. RUNGE). *fil.*

L. KREHL. *Enstehung, Erkennung und Behandlung innerer Krankheiten.* II vol. in-8° di 172 pag. F. C. W. Vogel ed. Berlin, 1931. Prezzo RM. 12,80.

Questo libro non va considerato come un trattato sistematico di patologia medica. Esso presenta, invece, allo studioso, un quadro generale delle diverse malattie che colpiscono i vari organi e sistemi, facendo rilevare quanto di essenziale vi è in tali malattie e quali vie si debbono seguire per arrivare alla diagnosi. Il libro può essere considerato ad un tempo come prolegomeno e come utile completamento di altri trattati di semeiotica, di patologia, di diagnostica differenziale.

Vengono così esaminati: la febbre, le conseguenze locali e generali delle infezioni, il circolo, la respirazione, i reni e le vie urinarie, il sistema nervoso, i muscoli e le ossa. Precedono due capitoli: l'uno sull'esame del malato, l'altro molto interessante sull'attività del medico, sulla sua posizione di fronte al malato, sul trattamento medico-sociale, sul giudizio diagnostico, da non farsi più con l'etichetta di un dato tipo morboso, ma nel senso della individualizzazione. *fil.*

L'année médicale pratique. Pubblicato sotto la direzione di C. LIAN. Un vol. in-16°, di 635 pag. R. Lépine ed. Paris. 1931.

È questo il decimo volume della serie di queste « Annate di medicina pratica », sempre inspirate al giusto concetto di fornire al medico, in brevi riviste accompagnate dalla relativa bibliografia, il succo dei diversi lavori pubblicati nell'anno, su tutti i campi della medicina. Vi hanno collaborato una trentina di professori e medici, per la medicina, la chirurgia, l'ostetricia, le specialità.

Seguono le notizie d'indole professionale, l'elenco dei libri e strumenti nuovi ed un copioso indice alfabetico, sia dell'anno, sia delle 4 ultime annate.

Non vi è bisogno di spendere parole per dimostrare la grande utilità di possedere un repertorio come questo, bene informato e di agevole consultazione. *fil.*

Actualités médico-chirurgicales. Un vol. in 8° di 312 pag. Masson et C.ie, ed. Paris. Prezzo frs. 35.

Questo libro è sorto da una simpatica iniziativa dei Direttori di clinica dell'Università di Marsiglia. Essi si sono riuniti in un'associazione, non già allo scopo di difendere degli interessi materiali, ma con l'aspirazione ideale di prospettare ai medici, in una serie di conferenze, lo stato attuale delle questioni che hanno un notevole riflesso nella pratica. Qui sono riunite sedici di tali conferenze, fra cui citiamo le seguenti: *Le anemie della prima infanzia* (G. SESQUÉS); *La posizione attuale del problema delle nevrosi* (A. CRÉMIEUX); *Il trattamento della tubercolosi polmonare con i sali di oro* (CH. TOINON); *Nozioni recenti sulla diagnosi e sul trattamento dei traumatismi cranici* (M. ARNAUD); *Idee recenti sul trattamento delle osteomieliti acute* (J. GIRAUD); *Le coxartrie* (G. DARCOURT); *I disturbi della minzione* (A. TRISTANT) ed altre che saranno tutte lette con interessamento e con vantaggio dai medici. *fil.*

Scritti medici in onore del prof. Umberto Gabbi. Un vol. in-8° di 692 pag. con tav. e fig. A cura delle Redazioni del « Giornale di clinica medica » e dell'Archivio fasc. di med. politica, 1930.

In occasione del settantesimo compleanno del sen. prof. Gabbi, gli sono stati dedicati i lavori raccolti in questo volume.

In alcune pagine che servono d'introduzione, il sen. prof. Maragliano delinea la figura del Gabbi. Seguono alcuni cenni biografici e poi 67 memorie, divise in due parti. Nella prima vi sono quelle d'indole scientifica; troviamo i nomi di Castellani, Bilancioni, Devoto, D. Pace, L. Preti e di molti altri; fra gli stranieri: Fülleborn, Schilling e Schreck, Ortner, v. Economo, Sergent, Korànyi, Schlossberger, Manoussakis, ecc.

La seconda parte contiene memorie d'indole storica e varia: uno studio di R. Paolucci sui « Malati chirurgici del passato », di M. Trincas su Ruggiero da Parma, di G. Giuliani sulla chirurgia di Ippocrate, di F. Reuter sulla sterilizzazione chirurgica nel diritto penale, di R. Pellegrini sulla medicina legale del miracolo, ed altri. A. P.

Wiener Archiv für innere Medizin, diretto da W. FALTA e K. F. WENCKEBACH. Vol. XXI, n. 1, con 18 fig. e 3 grafici. Urban e Schwarzenberg, Berlin, 1931. Prezzo R. M. 24.

Diamo qui l'elenco dei lavori pubblicati in questo fascicolo del noto Archivio, tutti studî che hanno sempre un indirizzo clinico pratico e sono quindi di alta utilità per il medico. *Patologia e significato clinico della paralisi del ricorrente* (A. ARNSTEIN). *Diminuisce la frequenza della lues?* (P. STEINER e A. MALLER). *Pressione sanguigna e tono vasale nel beriberi* (W. AALSMEER). *L'equilibrio acido-base dell'or-*

ganismo specialmente in riguardo all'urina. VI. *Il diabete mellito* (O. SATKE e R. BARTOMEY). *Un caso di così detto blocco incostante del cuore* (A. TUR). *La questione della corea reumatica* (R. LENZ). *Ricerche sull'edema polmonare* (L. HESS). *Ricerche chimiche nella osteite deformante di Paget* (F. LASCH) *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica di Padova.

Seduta dell'8 maggio 1931.

Presidente: Prof. G. CAGNETTO.

Il prof. I. SIMON riferisce sulle *modificazioni della crasi sanguigna per stimoli del tessuto sottocutaneo.*

Ricerche sperimentali sulle artriti.

Dott. V. CHINI. — È possibile ottenere il quadro dell'artrite allergica senza ricorrere alla provocazione diretta del fenomeno di Arthus intraarticolare, cercando di fissare entro i tessuti articolari il materiale antigene circolante.

Esplicano un tale potere di fissazione sostanze varie tra cui anche l'acido urico: si possono in tal modo ottenere, delle flogosi articolari allergiche tipiche, che presentano riaccensioni ad ogni nuovo rapporto di antigene e che vanno col tempo assumendo andamento cronico.

Reperti radiologici confermano a distanza di mesi la comparsa di vere e proprie artriti croniche sperimentali.

Il dott. A. SLAVIERO illustra un caso di *mostruosità viscerali in toracopago.*

Osservazioni sperimentali sull'emocateresi linfoghiandolari.

Dott. A. POZZAN. — Dopo aver brevemente accennato alla tecnica adoperata passa ad esporre i risultati delle sue ricerche. Divide gli elementi cellulari emocaterici in due gruppi al primo dei quali ascrive i fagociti inglobanti globuli rossi ancora ricchi di emoglobina e quindi capaci di conferire al protoplasma dell'elemento cellulare fagocitante caratteristiche concrezioni intraprotoplasmatiche giallo-scuro. Al secondo gruppo invece ascrive i fagociti inglobanti ombre e frammenti d'ombre incapaci di conferire al protoplasma dell'elemento cellulare fagocitante le concrezioni sopra accennate. Passa quindi a parlare della reazione del ferro sugli elementi emocateretici che riesce positiva soltanto per gli elementi ascritti al primo tipo della sua classificazione.

Comportamento del sistema reticolo-istiocitario sinoviale in artriti sperimentali.

F. MAGRASSI. — L'O. ha studiato il comportamento del sistema reticolo-istiocitario sinoviale messo in evidenza dalle ricerche di Franceschini (1929), in condizioni sperimentali diverse, prendendo in esame artriti allergiche da siero e da antigeni batterici, ed artriti da germi (ottenute in gran parte con un ceppo di Streptococco artrofilo) in diversi stadi di sviluppo.

Dai reperti istologici ottenuti ha potuto concludere, non esservi tra i due tipi d'artriti suaccennate alcuna fondamentale differenza nella reazione tissurale della sinoviale: infatti nelle une e nelle altre il sistema R. I., appartenente sia allo strato superficiale, sia ai tessuti lassi profondi della sinoviale, prende attivissima parte ai processi proliferativi reattivi, giungendo a formazioni istiocitarie-monocitarie nodulari ed a iperplasia diffusa. Ciò naturalmente si ha quando si sia arrivati ad uno stato d'equilibrio tra fatti essudativo-necrotici, prevalenti nella fase acuta, e fatti proliferativi prevalenti invece nelle fasi successive.

Il prof. FASIANI alla fine della seduta presenta all'assemblea un ammalato di una *grave forma di morbo di Reynaud* da lui operato di estirpazione del ganglio cervico-toracico e del II ganglio della catena toracica.

Dopo aver ricordato i tentativi quasi tutti infruttuosi fatti da anni nella cura della forma in questione e di malattie analoghe, sulla scorta dei risultati seducenti ora conseguiti, segnala all'attenzione dei colleghi il tipo di operazione da lui praticato sui dati forniti da un autore americano e che sembra veramente aver risolto definitivamente il problema della cura della malattia di Reynaud. *Il Segretario*: Prof. G. ZANETTI.

R. Accademia delle Scienze Mediche di Palermo.

Seduta del 21 marzo 1931.

Presidente: Prof. L. GIUFFRÈ.

La riserva alcalina nell'ulcera gastrica e duodenale. Sue variazioni in rapporto al trattamento operatorio e alla terapia insulinica.

Prof. A. RINDONE. — L'O. ha studiato, su 27 ammalati di ulcera gastrica o duodenale, il comportamento della riserva alcalina e le sue variazioni in rapporto al trattamento operatorio e alla terapia insulinica.

I risultati ottenuti si possono così riassumere: In tutti gli ammalati di ulcera esaminati, i valori della R. A. oscillano entro i limiti normali e solo in qualche caso scendono poco al disotto di essi. Nessuna correlazione si può stabilire tra valore della riserva alcalina e lo stato di evoluzione clinica della malattia, lo stato generale dell'ammalato, le alterazioni della secrezione gastrica.

In seguito all'intervento operatorio la riserva alcalina, determinata a completa guarigione, non mostra alcuna notevole variazione rispetto ai valori iniziali o solo in qualche caso un abbassamento di scarsa importanza.

In seguito alla cura insulinica, continuata per non meno di 10 giorni, i valori della R. A. non subiscono variazioni notevoli rispetto alle cifre iniziali, sia sugli individui che di tale cura si sono avvantaggiati, sia negli altri che non ne hanno tratto alcun giovamento.

Tali risultati male si conciliano con le vedute di Balint e di Simnitzky, a conferma delle quali avrebbe dovuto riscontrare una diminuzione della riserva alcalina.

Le variazioni del pH del sangue sono state messe in evidenza dal Balint, adottando un metodo

proprio, fondato sulla colorimetria; i dati ricavati da questo A. con ogni singola determinazione non possono evidentemente mettersi in confronto con quelli dall'O. ottenuti con la determinazione della riserva alcalina, poichè i metodi sono molto diversi tra loro per la tecnica e per il significato dei valori ricavati. Ma l'uno o l'altro metodo sono egualmente adatti a svelare deviazioni dell'equilibrio acido-base quando si ha cura di interpretare rettamente i risultati.

L'ipotesi di Balint si presta ancora ad altre obiezioni; tra l'altro, ammessa la dipendenza della lesione ulcerosa gastrica o duodenale di uno stato acidotico, dovrebbe essere facile evenienza la insorgenza dell'ulcera gastrica nel corso di alcune malattie del ricambio, del fegato o dei reni contrassegnati da stati acidotici marcati e di lunga durata.

Sulle perforazioni intestinali da paratifo B.

Dott. S. CIMINO. — L'O. illustra il caso di una ragazza che, all'ingresso in Clinica, si presentava affetta da peritonite acuta diffusa, di probabile origine appendicolare. Dato il decorso mite della malattia, fu deciso di non intervenire. Gradatamente la sintomatologia peritoneale si andò attenuando, finchè, dopo circa un mese, nulla più residuava della pregressa peritonite, e l'inferma accusava solo lievi turbe dispeptiche e stipsi. A questo momento anche l'esame della fossa ileocecale riusciva perfettamente negativo, non apprezzandosi nemmeno punti dolorosi alla pressione.

Lo studio radiologico fece rilevare soltanto che, in corrispondenza dell'ileo inferiore, le anse avevano un calibro notevolmente ingrandito e che, invece di presentare il noto aspetto di piccoli salsicciotti, apparivano iniettate per una lunghezza maggiore che nella norma. Nulla di notevole a carico dell'appendice.

A tal punto diveniva oscura la natura e la causa della pregressa peritonite; sicchè, per accertare, ai fini di una congrua terapia, la causa che ne aveva determinata l'esplosione, si stimò opportuno procedere all'atto operativo, il quale fu eseguito dal prof. Leotta, e mise in evidenza, assieme alla mancanza di lesioni appendicolari, i segni di una peritonite, guarita spontaneamente, e dovuta ad un'ulcera perforata dell'estremità terminale dell'ileo.

Le ricerche batteriologiche, dimostrarono che la peritonite perforativa era stata determinata dai bacilli del paratifo B.

Il caso apparve perciò di notevole interesse, sia perchè fra tutte le ulcerazioni intestinali che compaiono nel corso di malattie infettive, quelle paratifiche sono poco note, per il fatto che, eccezionalmente, conducono a perforazione, sia anche per le peculiarità cliniche della malattia, di cui fu possibile svelare la natura solo in seguito all'atto operatorio.

L'O. illustra le più importanti cause di perforazione intestinale, ed alcuni caratteri delle ulcerazioni e delle perforazioni da paratifo, di cui i pochi casi della letteratura non svelano la vera frequenza, e per la grande variabilità dei segni clinici delle infezioni paratifiche e per il fatto che molti casi di peritonite acuta sfuggono al controllo anatomico e batteriologico.

Contributo allo studio della funzionalità renale mediante la pielografia discendente con l'Uroselectan.

Prof. C. ROSSI. — L'O., dopo avere succintamente elencati i vantaggi della pielografia discendente nello studio dei malati renali, afferma come il lato più interessante, e sul quale le opinioni dei vari autori sono ancora divise, sia quello del *valore funzionale* del nuovo mezzo di indagine.

Egli ha avuto occasione di praticare nella Clinica Chirurgica di Palermo, numerose p. d. e fa oggetto della presente comunicazione per il confronto fra le interpretazioni funzionali dei pielogrammi discendenti con i dati desunti dalle comuni prove della funzionalità renale.

Egli ha eseguito la p. d. con la tecnica comune e basa le sue deduzioni funzionali dalla sola interpretazione dei radiogrammi, così come si ricavano dopo 10, 15, 30, 45 minuti, senza artifici di sorta (compressione degli ureteri dall'interno o dall'esterno), che possono infirmare la valutazione funzionale dei medesimi.

Ha studiato 4 casi di tbc. renale, 4 casi di calcoli ureterali, 1 ipernefroma, 2 reni policistici bilaterali.

Conclude affermando in questi 11 casi una perfetta corrispondenza fra le deduzioni funzionali tratte dalla p. d. e quelle delle comuni prove, confortate in 9 degli 11 casi con il reperto operatorio e col decorso clinico successivo. Nella tubercolosi renale, nelle affezioni neoplastiche e nelle avanzate degenerazioni cistiche del rene, il difetto di funzione, sia uni- che bilaterale, si traduce o con un'assenza dell'ombra pielo-ureterica o con una tenue appariscenza della medesima; nei calcoli ureterali l'assenza dell'ombra vuol significare blocco funzionale del rene o (più raramente) totale distruzione dl parenchima secernente, mentre l'apparizione tenue dell'ombra significa ostacolo parziale dell'uretere con conservazione, sia pur diminuita, della funzione renale.

Sul linfoblastoma bilaterale delle mammelle.

Dott. G. PASQUALINO. — Il caso descritto dall'O. pare debba ritenersi un tipico linfoblastoma bilaterale delle mammelle. Esso, assieme ai tre casi finora conosciuti di linfoblastoma bilaterale mammario, consentirebbe di precisare il quadro clinico di questa affezione, nei seguenti termini:

Insorgenza in gravidanza, contemporanea o meno, nelle due ghiandole mammarie, di due tumefazioni diffuse, indolenti, di colorito rosso-cianotico, con reticolo venoso appariscente, di consistenza duro-elastica, aderenti alla cute ed ai piani sottostanti, con diffusione metastatica precoce per via linfatica e via sanguigna; a decorso rapidissimo, che dà cachessia rapida e porta ad esito in breve tempo.

Clinicamente la diagnosi differenziale del linfoblastoma bilaterale mammario, va posta con la ipertrofia gravidica e con il cancro acuto (così detta mastite carcinomatosa). L'ipertrofia gravidica si esclude per la rapidità della evoluzione e per la presenza degli ingorghi ghiandolari; la mastite carcinomatosa si esclude per la mancanza di fenomeni infiammatori.

Microscopicamente il linfoblastoma bilaterale delle mammelle, essendo costituito da abbondanti linfoblasti e da linfociti compresi in una sottile

rete connettivale, può essere confuso con il sarcoma a piccole cellule rotonde, che, se per i suoi caratteri clinici, può essere escluso, microscopicamente è molto simile al linfoblastoma e si differenzierebbe da esso perchè costituito da un unico tipo di cellule, mentre nel linfoblastoma, oltre ai linfociti, si trovano anche cellule immature, spesso in fase cariocinetica.

Tuttavia rimane sempre il dubbio che i due tipi di cellule riscontrate rappresentino in varia dimensione l'unico tipo di cellula rotonda del sarcoma; e si potrebbe spiegare la presenza delle figure cariocinetiche nelle cellule più grandi interpretate come linfoblasti, pensando che la stessa attività cariocinetica provoca un ingrandimento della cellula.

In tal caso si tratterebbe di un sarcoma a piccole cellule rotonde.

Ma, è da osservare come questa speciale e poco conosciuta forma morbosa, nei casi noti, si unisca costantemente al medesimo quadro istopatologico; e poichè nel caso in esame, come negli altri due casi noti di linfoblastoma mammario, era da escludere in modo assoluto la forma sarcomatosa per le ragioni dette a proposito della discussione clinica, l'O. si sente autorizzato ad interpretare anche il reperto istologico come di linfoblastoma.

Il Segretario: A. AMATO.

Società fra Cultori di Scienze Mediche e Naturali di Cagliari.

Seduta del 10 aprile 1931.

Presidente: Prof. A. BUSINCO.

Un caso di pachimeningite emorragica probabilmente da trauma.

Prof. G. BENASSI. — In un muratore di 65 anni che, in seguito ad una caduta, ebbe immediati segni di commozione cerebrale e dopo un periodo di riprese e di assenze di manifestazioni, in capo a quattro mesi insorse paralisi a carico degli arti ed euforia, l'autopsia precisò come causa delle sintomatologie presentate e della morte, fosse una tipica pachimeningite fibrina emorragica interna, di cui esibisce preparazioni istologiche.

Rileva l'importanza del trauma e la attendibilità del suo intervento nel meccanismo patogenetico, e l'interesse dal lato medico legale.

Il prof. A. BUSINCO ricorda tre esemplari, di verosimile genere traumatica, occorsi alle sue osservazioni.

Il prof. A. BUSINCO rileva l'importanza della *costituzione della lega della lotta contro il cancro.*

Sulle complicanze della tubercolosi del sacro.

Dott. G. GIUNTI. — L'O. illustra un caso di fistola tubercolare sacro-rettale, capitato all'osservazione necroscopica nell'Istituto di Anatomia Patologica, in una donna di 69 anni accolta nell'Ospedale in stato comatoso e con intensa melena. Ricoverata con diagnosi di uremia, all'autopsia si ritrovò: peritonite fibrinosa, tubercolosi polmonare sinistra, carie tubercolare di ossa multiple, più estese a carico del sacro, che aveva contratto tenaci aderenze colla faccia posteriore del retto, dove si apriva il seno fistoloso. Nel tragitto fistoloso si apriva un vaso arterioso di un certo calibro. Meningomielite. Nefrosclerosi secondaria.

Rilevata la rarità della localizzazione sacrale e della complicanza terminale in usura vasale, l'O. esclude del determinismo della morte l'uremia, e formula il giudizio epicritico in questi termini: tubercolosi cronica fibro-caseosa polmonare, carie tubercolari di multiple ossa compreso il sacro, fistola rettale, usura vasale, melena, meningoencefalite acuta, peritonite acuta da propagazione.

Illustra l'osservazione con la dimostrazione dei preparati istologici del sacro e del tragitto fistoloso sacro-rettale.

A proposito della malarioterapia nella blenorragia.

Dott. A. MARRAS. — Partendo dalla proposta del Kumer sul trattamento della blenorragia femminile con la malaria, ha voluto osservare come l'infezione palustre spontanea si comportasse nel decorso della blenorragia acuta in genere. La sua esperienza desunta per il momento dal materiale clinico in cui le due infezioni decorrono spontaneamente non è favorevole all'influenza benefica della malarioterapia nelle affezioni blenorragiche.

Non si dissimula che esista una certa differenza fra la malaria inoculata e la malaria spontanea, per quanto non si sia riusciti a stabilire di che natura, e, pertanto, dedicherà a stabilire, attraverso prove opportune, la seconda parte della ricerca: l'azione della malaria sperimentale, avendo per il momento soltanto esperienza su l'azione della spontanea.

Sifilide terziaria, con speciale riguardo alla nervosa (paralisi progressiva) e infezione malarica spontanea nell'osservazione anatomo-patologica.

ORRÙ S. — In base a considerazioni d'ordine statistico, l'O. rileva l'inesistenza di un antagonismo tra sifilide nervosa (in specie paralisi progressiva) e malaria spontanea. Su 966 individui, sezionati nell'Istituto di A. P. di Cagliari, 809, cioè il 4 %, presentavano lesioni malariche, qualche volta acute, ma per lo più croniche. La sifilide terziaria con localizzazioni viscerali varie, si trova in 90 casi, cioè nel 4,5 % di tutto il materiale esaminato, in 45 dei quali essa si accompagna alla malaria cronica. Su 804 malarici, il 5 % sono sifilitici: 62 non malarici, il 3,87 % sono sifilitici. Quindi, la presenza della sifilide riconosce una leggera prevalenza nei malarici.

Quanto poi alla distribuzione topografica nei due gruppi (malarici e non malarici) della sifilide, non si riscontrano sensibili differenze: però fanno eccezioni le lesioni specifiche del sistema nervoso, che appartengono quasi tutte al gruppo dei sifilitici malarici. Infatti, su 14 individui sifilitici con lesioni del sistema nervoso centrale, 13 presentano evidenti note morfologiche d'infezione palustre cronica. Fra questi neurosifilitici malarici, 6 sono paralitici progressivi, gli altri 7 presentano altre forme (gomme, endoarterite, rammollimenti). La percentuale quindi dei pazienti malarici riferita al numero tale delle autopsie è del 0,3 % riportate al numero globale dei malarici, è del 0,7 % ed al totale dei sifilitici, del 14,4 %.

L'O. conclude rilevando: 1) che se il problema della malario-terapia si considera sulla base del

materiale anatomico in cui le due infezioni abbiano decorso spontaneamente, non si desume alcuna influenza antagonista palese dell'infezione malarica naturale sulla neurosifilide (p. p.); 2) che pertanto, è logico pensare ad un esempio di differenza tra il meccanismo d'azione della malaria spontanea e della malarizzazione sperimentale sull'organismo dei paralitici progressivi.

Queste due ultime comunicazioni sono seguite da osservazioni e ad apporto di nuovi elementi da parte dei proff. DE LISI, DESOGUS, MACCIOTTA, SERRA, BENASSI.

Il Segretario: Dott. A. MARRAS.

Società Italiana di Studi Scientifici sulla tubercolosi.

(Sezione Lombarda).

Seduta del 19 aprile 1931.

Presidenza: Prof. L. ZOJA.

Sui risultati a distanza del pneumotorace artificiale dal punto di vista clinico e sociale.

Prof. G. RONZONI. — Conclude che il pneumotorace rappresenta, dopo il sanatorio, il solo progresso reale della cura della tubercolosi polmonare. Il suo campo d'azione diverrà più esteso con l'estendersi degli interventi chirurgici sussidiari; colla migliore educazione del malato e con l'intervento precoce in rapporto alle attuali concezioni sulla evoluzione iniziale della tubercolosi polmonare. Il rendimento a distanza del pneumotorace può essere valutato dal 20 al 25 % nei casi di tisi polmonare, oltre il 50 nei casi iniziali infiltrativi. Nella cura della tubercolosi polmonare il pneumotorace ha dimostrato di essere elemento utile nella assistenza delle classi lavoratrici, atto ad un maggior e migliore impiego di letti, atto a migliorare nel suo complesso la capacità lavorativa.

Risultati del pneumotorace bilaterale contemporaneo.

Prof. U. CARPI. — Per quanto non si possa parlare ancora di risultati a distanza in questo campo, la sua statistica e i dati esposti fanno ritenere che il metodo offra un utile mezzo di cura in certe forme diffuse di tubercolosi polmonare.

Fistola polmonare nel pneumotorace artificiale sia dal punto diagnostico che curativo.

Dott. V. FERRARIO. — L'O. enumera da prima le cause di formazione della fistola polmonare, esamina quindi i metodi di indagine per diagnosticare le perforazioni polmonari (reperti fisici, misurazione della pressione, iniezione di bleu di metilene, toracoscopia); poi espone i criteri attuali della terapia nelle diverse varietà di fistola polmonare (oleotorace, frenico-exeresi), dando particolare rilievo al nuovo metodo della aspirazione.

Toracoscopia e intervento Jacobaeus nel pneumotorace.

Dott. F. COVA. — L'O. mette in rilievo l'importanza dell'indagine toracoscopica nelle affezioni del cavo pleurico, nello studio della patologia della pleura, in particolar modo nello studio delle pleuriti. Si soffema sulla applicazione della toracoscopia nel tamponamento delle fistole polmonari colla guida del toracoscopico e di una pasta di paraffina bismutata. Espone, in base alla larga esperienza personale, sulla operazione di Jacobaeus nella resezione delle diverse aderenze in pneumotorace.

Indicazione e applicazione dell'oleotorace.

Dott. A. CECCHINI. — Espone quanto l'esperienza personale gli suggerisce sulla applicazione dell'oleotorace come cura degli empiemi metapneumotoracici e come mezzo antifisario mettendo in luce la limitazione agli scopi del metodo.

Interruzione della cura pneumotoracica.

Dott. G. SILVANO. — Tratta quando si debba interrompere tale cura. Ritiene che caso per caso nei pneumotoraci complicati, dopo un anno della scomparsa dei fatti tossici generali e del bacillo nell'espettorato. Quando non si tratti di pneumotorace in tisici ampiamente cavitari, si debba iniziare l'interruzione del pneumotorace. Nei casi di tisi vastamente cavitaria, la interruzione non può essere iniziata se non dopo due anni dall'inizio della guarigione apparente. Nei pneumotoraci complicati l'O. segue criterio diverso a secondo delle complicazioni, individualizzando la valutazione dei criteri di interruzione del pneumotorace.

Sulla frenicoexeresi, indicazioni, controindicazioni e risultati a distanza.

Dott. A. CASTELLI. — Riferendosi alla larga esperienza fatta su parecchie centinaia di malati del Sanatorio di Garbagnate, conclude valorizzando l'intervento, sia come complementare del pneumotorace, della toracoplastica parziale o totale e dell'apicolisi, che come mezzo a sè nella cura di certe forme di tubercolosi polmonare.

Sulla alcoolizzazione dei nervi intercostali nella cura della tubercolosi polmonare.

Dott. M. BELLI. — Ritiene, in base alla sua esperienza, che l'alcoolizzazione può avere solo indicazioni ristrette, di cui e più precise sembrano le emottisi. Ha carattere di supplenza del pneumotorace e della toracoplastica e può essere adottato solo quando questi due metodi non trovano possibile applicazione. Ritiene, concludendo, che abbia azione incerta definitiva sulla tubercolosi polmonare.

Sulla apicolisi, toracoplastica parziale e totale.

Prof. M. REDAELLI. — Espone la sua larghissima statistica operativa. Si sofferma ad illustrare la tecnica, il meccanismo dell'apicolisi e i risultati che si possono ottenere. Espone, illustrando i vari casi, i risultati delle sue operazioni di toracoplastica.

Come si guarisce nel pneumotorace artificiale e nella collassoterapia chirurgica.

Dott. U. SELLA. — Dimostra, in base alla sua e alla osservazione degli AA., come in tutti i casi il meccanismo di guarigione sia fondamentalmente rappresentato dalla fibrosi polmonare.

Seguì una discussione. A.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

DALLA PRATICA CORRENTE.

Puntura da lapis copiativo.
(Necrosi chimica asettica)

per il dott. Francesco Rossi - Acireale.

Si tratta di lesioni a tipo cronico prodotte accidentalmente da pezzetti di matita copiativa, i quali, restando inclusi sotto la pelle, hanno la proprietà di necrotizzare i tessuti, producendo una raccolta sierosa tinta in bleu.

La lesione di cui mi occupo è raramente descritta, tanto che fin'ora ne sono consegnati soltanto una settantina di casi nella letteratura medica.

Il suo interesse non è tanto per la diagnosi che in genere risalta evidente dall'anamnesi, quanto per il trattamento, che se non viene eseguito *lege artis*, può portare a delle alterazioni patologiche di una certa importanza.

Il primo caso di necrosi chimica asettica fu osservato a Vienna da Jérusalem in un giovane. Successivamente furono segnalati altri casi, in gran parte in Austria ed in Germania, poi in Francia da Iselin (1927) e in Italia da G. Marsiglia e Bettazzi (1928). Il primo lavoro d'insieme è stato però pubblicato da Erdheim nel 1920. Alle osservazioni cliniche seguirono quasi subito i lavori sperimentali per opera specialmente di Erdheim, Glass, Jérusalem, Torraca e Kriger. Fu possibile di riprodurre sperimentalmente il quadro anatomo-patologico della necrosi asettica, ponendo nel sottocutaneo dei pezzetti di matita copiativa.

Un caso del genere capitato sotto la mia osservazione, riguarda una studentessa di 14 anni, la quale si presentò al mio ambulatorio nei primi del giugno 1929, riferendomi che da dodici giorni circa aveva notato una lieve dolenzia alla regione tenar della mano destra. Contemporaneamente l'eminenza tenar si era tumefatta. Aggiungeva che circa quaranta giorni prima era stata punta involontariamente da una compagna con una matita copiativa, alla qual cosa però non aveva dato la giusta importanza, anche perchè la piccola ferita puntiforme si era chiusa senz'altro dopo qualche giorno. All'atto della visita, l'esame obiettivo rileva: Una tumefazione grossa quanto una piccola mandorla alla regione tenar con scarsissimo edema circostante. La pelle in corrispondenza della tumefazione ha un colore bluastro pallido. La palpazione provoca poco dolore e mette in evidenza una netta fluttuazione. Non febbre, nè risentimento glandolare all'epitroclea ed all'ascella.

Per i caratteri della lesione, ma sopratutto per l'anamnesi, feci diagnosi di necrosi asettica di natura chimica, dovuta all'inclusione in sito di qualche pezzetto di matita copiativa.

Intervengo in anestesia locale tutocainica con soprarenina. Con l'incisione della pelle di tre centimetri arrivo bentosto su una raccolta di liquido sieroso color bluastro e con qualche stracchetto. Le pareti della cavità tinte egualmente in bluastro non presentano quasi affatto reazione, anzi sono corrose, come corrosa è in parte l'aponevrosi dell'eminenza tenar. Raschiamento generoso delle pareti fino ai tessuti sani; asportazione con la forbice di un trattolino di pelle divenuta troppo sottile da entrambi i lati della ferita operatoria; lavaggio di pulizia con acqua distillata e sterile. Drenaggio con quattro fili di seta che ho fatto fuoruscire dall'angolo prossimale della ferita operatoria, e sutura della cute con quattro punti in seta.

Dall'esame accurato del liquido (sieroso) fuoriuscito e dal materiale asportato col raschiamento, non mi fu possibile di trovare alcun frammento di matita. Decorso post-operatorio dei più normali: in terza giornata tolgo il drenaggio e non viene fuori nessuna secrezione. In settima giornata levo i punti di sutura; in dodicesima giornata, l'esame obiettivo rileva in sito cicatrice ben consolidata, non dolore, nè tumefazione. Tutti i movimenti del pollice sono possibili e normali. La guarigione si mantiene completa ancor oggi, ed ormai sono trascorsi ben venti mesi dall'intervento.

Le lesioni da matita copiativa hanno un quadro clinico ed un decorso ben determinato. Nell'anamnesi si riscontra quasi sempre una puntura da matita copiativa, a meno che non si tratti di paterecci necrotici riscontrabili nei tintori, in cui la sostanza chimica necrotizzante penetra attraverso piccole escoriazioni, come nei casi descritti da Glass. Nei casi comuni di puntura da matita copiativa, dopo un periodo più o meno lungo di latenza, comincia a comparire localmente una tumefazione fluttuante color bluastro, con reazione periferica scarsa e poco dolore. Spesso si accompagna una reazione febbrile 38°-39°, con cefalea, inappetenza e di raro ittero indice di uno stato tossico, da parte del sangue linfocitosi (37 %).

Dopo un certo tempo la tumefazione si apre spontaneamente o per operazione incompleta quasi sempre, all'esterno, lasciando fuoriuscire un liquido sieroso tinto in bleu. Ciò nonostante i fatti necrotici continuano ad approfondirsi sempre più, tanto che, lasciata a sè, la lesione si trasforma in una fistola cronica, con necrosi più o meno vasta, che interessa tutti i tessuti, financo le ossa. Jérusalem ha descritto dei casi disgraziati, in cui si è avuto anche la perdita delle dita.

La cura consiste in un intervento chirurgico precoce e ben condotto.

Si tratta di asportare tutti i tessuti necrotici fino a quelli sani; anzi Iselin consiglia di asportare tutto in blocco, come per i tumori sani; e poi medicare a piatto senza alcuna sutura. Dopo l'intervento, consiglia un trattamento coi raggi ultravioletti, indubbiamente

maligni, facendo cadere il taglio sui tessuti con l'intento di agevolare il processo di riparazione.

Ritengo che nei casi già fistolizzati sia molto opportuno il metodo consigliato da Iselin, cioè asportazione generosa e medicazione senza sutura per il possibile inquinamento da parte di germi attraverso il seno fistoloso; mentre nei casi chiusi, come quello da me riferito, forse è più opportuno asportare fino ai tessuti sani e poi suturare possibilmente pur lasciando o meno un piccolo drenaggio per due o tre giorni.

Acireale, Marzo 1931-IX.

RIASSUNTO.

Pigliando lo spunto da un caso capitato sotto la sua osservazione, l'autore espone in breve il quadro clinico ed anatomo-patologico della necrosi chimica asettica. Per la cura, egli ritiene che nei casi non fistolizzati, dopo aver asportato tutti i tessuti necrotici, conviene meglio suturare, anzicchè medicare a piatto.

LETTERATURA.

MARC. ISELIN. La Presse Médicale, 13 aprile 1927, n. 30.
G. V. MARSIGLIA. Soc. Napol. di chirurg., seduta 27 febbraio 1928. — Sunteggiato in Policl., Sez. prat., 1928, pag. 916.
MARC. ISELIN. *Plaies et maladies infecteuses des mains.* Masson, éd., Paris, 1928.
ERDHEIM. *Pathologie et traitement des blesseures par crayon d'aniline.* Archiv. f. Klin. Chir., t. CXIII, 1920, p. 779-810.
TORRACA. Archivio per le Scienze med., 1922, pagina 44.
JÉRUSALEM. Wiener. Klin. Wochenschr., 1923, pag. 211.
GLASS et KRUGER. Deutsche Zeitschr. f. Chir., 1924, pag. 382.
FRANCK. Zentralblatt f. Chir., 1924, n. 39.
BAUMANN. Ibid., 1924, n. 47.
GLASS et KRUGER. *Nouvelles expériences sur la nécrose par crayon d'aniline.* Ibid., 1925, pag. 571.
GLASS. *Les Panaris par nécrose chimique.* Ibid., 9 octobre 1926.
BETTAZZI. Policlinico, Sez. chir., fasc. 10, 1298, pag. 501.

CASISTICA E TERAPIA.

Il rene amiloide.

Il rene amiloide, dice M. Rosenberg (*Deutsche Med. Woch.*, n. 3, 1931) viene per lo più considerato una nefrosi che clinicamente non si può quasi distinguere dalle altre nefrosi lipoidiche.

È vero che la maggior parte dei casi di rene amiloide si manifesta clinicamente coi sintomi di una nefrosi, essi possono però se durano a lungo passare ad una sindrome clinica che somiglia piuttosto al rene grinzo nefritico, ma senza ipertonia, nè ipertrofia cardiaca. In altri casi l'amiloidosi renale non dà alcun sintomo clinico; l'anatomo patologo riscontra talvolta una estesa amiloidosi dei reni senza che clinicamente siasi determinata nemmeno albuminuria. Si deve oggi ammettere che lievi gradi di tale amiloidosi possano guarire del tutto se si riesce a curare la malattia fondamentale di cui la degenerazione amiloide è conseguenza (tubercolosi, sifilide, suppurazione, ecc.).

Esiste ancora un terzo gruppo di casi in cui clinicamente si ha come unico sintomo l'albuminuria di grado lieve o medio; spesso i pazienti diventano cachettici. O l'esame del sedimento è negativo, oppure dimostra scarsi cilindri. Questa forma può dopo un decorso subacuto od acuto portare all'insufficienza renale; essa somiglia allora ad una glomerulonefrite acuta o subacuta, senza ematuria, nè ipertonia, nè ipertrofia cardiaca.

R. POLLITZER.

Cura diatermica delle forme infiammatorie renali.

La diatermizzazione delle regioni renali nell'individuo sano determina un aumento della diuresi: non solo l'acqua è in quantità maggiore eliminata ma sono eliminati in quantità maggiore (aumento però lieve) i cloruri e le sostanze azotate.

Le forme acute di glomerulonefrite si lasciano influenzare favorevolmente dalla diatermizzazione renale. W. EWIG (*Deutsche Mediz. Wochenschrift*, 8 gennaio 1931), ne riporta due casi. Sotto la cura diatermica — specialmente associando la diatermizzazione delle regioni renali con la diatermizzazione della tiroide — i fatti eclamptici sono i primi a scomparire; la diuresi aumenta; l'albuminuria diminuisce, ecc.

Anche nelle nefriti subcroniche e nel rene grinzo i risultati che si ottengono specialmente con la cura associata (diatermizzazione renale-tiroidea) sono buoni (modificazione delle cefalee, modificazione dei segni subbiettivi, modificazione della pressione del sangue, ecc.).

E. MILANI.

Su di un caso di carcinoma primitivo dell'uretere allo stadio iniziale.

I tumori epiteliali dell'uretere sono molto rari, essi si dividono in tumori tipici (papillomi, ed adenomi papilliferi) e tumori atipici (epiteliomi papilliferi, o non papilliferi). I segni del carcinoma primitivo dell'uretere sono: ematuria, dolore, tumefazione renale. Grueneberg dà importanza al fatto che la fuoriuscita del sangue dal meato ureterale avviene indipendentemente dalla peristaltica ureterale.

R. Ascoli (*Arch. It. Urol.*, ottobre 1930) riferisce un caso di epitelioma primitivo, localizzato alla porzione intramurale vescicale dell'uretere d. che aveva dato luogo ad una uretero-uronefrosi d. Si trattava di un soggetto di 70 anni, che da tre mesi presentava un'ematuria totale e venne a morte per fatti acuti di pielonefrite bilaterale. La diagnosi precisa fu fatta solamente al tavolo anatomico, ove si potè constatare la presenza di un piccolo nodulo epiteliomatoso ben localizzato alla mucosa e sottomucosa dell'uretere, quindi passibile di una operazione radicale se la diagnosi si fosse potuta stabilire prima che intervenissero i fatti infettivi.

Da notare in questo caso: la peculiarità dell'ematuria, la quale presentava caratteri vescicali per la sede del tumore ed inoltre la lenta evoluzione del tumore (papilloma secondariamente degenerato) per cui era stata possibile la forte dilatazione dell'uretere e pelvi senza fatti di ritenzione acuta. V. LOZZI.

La vescica enfisematosa.

R. Millss (*Surg. Gyn. e Obst.*, ottobre 1930). L'A. riporta un caso di questa affezione rarissima (vi sono solo 7 casi descritti nella letteratura) che consiste nella presenza nella sottomucosa di vescicole piene di gas che sollevano la mucosa viscerale, e sono dovute alla presenza di batterii. Tali casi si verificano solo nelle vecchie e gravi cistiti. La diagnosi fu talvolta un reperto di autopsia ma altre volte fu stabilita dall'esame cistoscopico.

V. GHIRON.

Diverticoli vescicali nella donna.

F. W. Schacht e J. L. Creushan (*Journ. of Urolog.*, ottobre 1930) riferiscono 18 casi di diverticoli vescicali nella donna, osservati nella Mayo Clinic nel periodo di tempo intercorrente fra il 1910 e 1929 su 561 casi di diverticoli della vescica. I diverticoli vescicali nella donna sono come si vede assai rari, e rappresentano il 3,97 % dei diverticoli vescicali in genere.

Di questi 18 casi, 5 erano falsi diverticoli e rappresentavano: uno un esito di un trauma ostetrico, gli altri quattro gli esiti lontani di operazioni pregresse praticate nel piccolo bacino.

L'ostacolo al vuotamento della vescica esisteva solo in tre casi sotto forma di caruncola uretrale, ed in 1 caso sotto forma di una cisti del collo. I sintomi sono proporzionati alle complicazioni: infezione, calcoli, tumori.

Il 70 % dei casi si è verificato nell'età compresa fra il 35° e il 65° anno di vita.

V. LOZZI.

I calcoli della prostata.

I. P. Grinda (*Journ. d'Urologie*, settembre 1930), dopo aver riferito un caso di calcolosi della prostata osservato in un soggetto di 62 anni, trattato con la prostatectomia transvescicale e guarito radicalmente, fa alcune considerazioni d'ordine anatomo-patologico e terapeutico interessanti sull'argomento. Separa nettamente i calcoli dell'uretra prostatica da quelli della prostata: distingue i primi in primitivi e migratori per la loro origine; ed in prostato-vescicali, vescico-prostatici, prostato-membranosi ed uretro-prostatici per la loro sede. Per la diagnosi hanno molto valore: l'esplorazione dell'uretra con una oliva, e l'esame radiografico, mentre i segni urinari sono poco caratteristici e tardivi.

Distingue i calcoli della prostata: in calcoli diverticolari che succedono ad uno o più ascessi della prostata vuotati nell'uretra, ed in calcoli veri della prostata sviluppati nei cul di sacco ghiandolari, i quali sono nella maggior parte dei casi multipli.

Per la diagnosi, alcune volte giova l'esplorazione rettale che fa riconoscere nella prostata una crepitazione caratteristica, però la radiografia resta il mezzo migliore di diagnosi.

Per la cura: i calcoli dell'uretra prostatica, se sono piccoli, vengono estratti per le vie naturali, altrimenti se sono grossi conviene ricorrere alla perineotomia.

Nei casi invece di calcoli della prostata occorre ricorrere alla prostatectomia, la quale sola mette al riparo dalle recidive, a meno che non si tratti di malati gravi, o con ascessi prostatici in cui è indicato per forza una semplice perineotomia. V. LOZZI.

Forme spasmofile dell'enuresi infantile.

I rapporti tra enuresi ed alterazioni della colonna vertebrale non sono ben definiti, essendo esigua la percentuale dei soggetti enuresici riscontrati affetti da tali malformazioni congenite (schisi, sacralizzazione delle vertebre lombari ecc.). Nè meglio definiti appaiono i rapporti tra il disturbo e l'adenoidismo, sia per la diversa interpetrazione ad essi data, sia perchè molti enuresici non sono adenoidei e viceversa.

Si è cercato anche, con argomentazioni varie, di portare in causa le disfunzioni di ghian-

dole endocrine (ipofisi, tiroide, surreni) e l'influenza del sistema nervoso.

G. Macciotta (*La Pediatria*, 1° novembre 1930) partendo dalla costatazione del numero rilevante di soggetti enuresici pei quali nessuna delle cause suddette può essere chiamata in causa, ha ricercato in questi gli eventuali rapporti tra disturbo e condizioni costituzionali di aumentata eccitabilità generale del sistema nervoso.

Su 24 malati ne ha infatti trovati 17 mostranti un aumento dell'eccitabilità galvanica, con inversione o pareggio della formula anodica, ipocalcemia e lieve diminuzione della concentrazione ionica, con associazione non costante di segni di ipereccitabilità meccanica. In casi simili, l'enuresi acquisterebbe dunque valore di manifestazione spasmofila, legata a condizioni costituzionali e locali per le quali, specie nelle ore notturne, il detrusore della vescica può essere eccitato da stimoli fisiologicamente insufficienti.

Tale ipotesi è convalidata dal criterio terapeutico, per il fatto che i raggi ultravioletti, talora associati a somministrazione di vitamina B, apportano rapidamente la guarigione. Un poco meno efficace si è invece dimostrato in tal senso l'ormone paratiroideo.

M. FABERI.

IGIENE.

La capacità vitale in rapporto all'educazione fisica ed agli sports.

G. Del Guerra (*Riv. Sc. Appl. all'Ed. Fis. e Giov.* n. 1, genn.-febbr. 1931) ricorda che abituare l'apparato respiratorio ad immettere una maggiore quantità d'aria vuol dire non solo offrire una maggiore quantità di carburante, ma anche ottenere un indice della sanità di tale organo.

La quantità d'aria che i polmoni possono contenere si misura con gli spirometri; la perimetria toracica come indice di giudizio ha perduto ogni valore. Per giudicare la quantità d'aria che i polmoni possono contenere i fisiologi si basano sulla così detta *capacità vitale*, costituita dall'aria complementare e dall'aria di riserva; la capacità vitale si misura con gli spirometri; essa negli uomini è di 3.500 cm., nelle donne di 2.500.

Da ricerche dell'A. su giovani diciottenni appare manifesto il benefico influsso che ha l'esercizio muscolare sulla capacità vitale; in tali individui essa si presenta superiore al normale. Il fumo ha un effetto deprimente sulla capacità vitale.

Nelle organizzazioni giovanili e sportive si impone quindi la ricerca della capacità vitale per avere un giudizio diagnostico, a scopo di controllo dello sviluppo sportivo, e per la profilassi di questa categoria di giovani, in cui facilmente si può nascondere qualche lesione specifica polmonare.

L. CARUSI.

MEDICINA SCIENTIFICA

Sulla scomparsa dell'anergia tubercolinica in ammalati di linfogranuloma maligno dopo roentgenterapia.

È noto, dopo le ricerche eseguite da Bastai, che nel linfogranuloma maligno si osserva sin dai primi stadi della malattia, in una percentuale alta dei casi, la negatività assoluta alle reazioni tubercoliniche. Si tratta, a giudizio del Bastai di una vera anergia in rapporto con la natura della malattia. In una certa percentuale dei casi di linfogranuloma però si possono osservare reazioni tubercoliniche più o meno vivaci, ma per lo più deboli.

C. Rotta (*Minerva Medica*, 21 aprile 1931) ha seguito l'andamento dell'allergia tubercolinica in ammalati di linfogranuloma maligno sottoposti a röntgenterapia, per chiarire le ragioni del ritorno alla positività in certi casi, delle reazioni tubercoliniche. In 7 casi si è avuto, dopo circa un mese di trattamento, la scomparsa dello stato di anergia preesistente con l'insorgenza di una ipersensibilità alla tubercolina.

Poichè le alte dosi di raggi X, quali quelli dell'A. adoperate, hanno un'azione inibente sulla reattività alla tubercolina e poichè nessun segno clinico poteva nei casi in esame far pensare ad un'azione dei raggi su lesioni tubercolari preesistenti, mentre alle modificazioni dell'allergia tubercolare si è accompagnato un notevole miglioramento delle condizioni dei malati, l'A. ritiene che la modificazione dell'allergia tubercolare, sia conseguenza della remissione della malattia determinata dal trattamento, remissione che ha riportato gli ammalati in condizioni di relativa normalità e quindi allo stato di reattività primitivo.

C. TOSCANO.

Ematologia della linfogranulomatosi.

Trentadue casi di linfogranulomatosi, controllati istologicamente, sono stati studiati da R. Klima (*Wien. Klin. Woch.*, n. 14, 1931) dal punto di vista ematologico.

Nei pazienti con forme generalizzate e decorrenti cronicamente e con forme progressive a tipo neoplastico si ritrovò per lo più leucocitosi neutrofila, monocitosi e linfopenia sempre più accentuata. L'eosinofilia fu invece rara, mentre i valori degli eritrociti risultarono o normali, o di poco diminuiti.

Nei casi a decorso rapido si trovò più spesso anemia grave e leucopenia non neutropenia, linfopenia progressiva ed aneosinofilia.

Nello stadio iniziale e durante le remissioni della malattia il reperto ematologico fu normale.

In conclusione, l'A. ritiene che, dal punto di vista diagnostico, tale reperto non sia utilizzabile, per la sua somiglianza con quello di altre sindromi pseudoleucemiche.

Dal punto di vista prognostico, invece, risulterebbe che il decorso è assai favorevole nei casi con reperto normale, più favorevole poi in

quelli con leucocitosi piuttosto che in quelli con leucopenia, e sfavorevole in quelli con linfopenia. M. FABERI.

RUBRICA DELL' UFFICIALE SANITARIO

Sieri, vaccini e prodotti affini.

Trattando della profilassi delle malattie infettive è stato ripetutamente accennato all'uso di sieri e di vaccini. È opportuno perciò ricordare quelle disposizioni legislative, che regolano l'impiego di questi prodotti biologici, che più particolarmente possono interessare gli ufficiali sanitari. Gli art. 132 a 155 del T. U. delle leggi sanitarie (che riportano quelli della legge 8 luglio 1904 n. 360) riguardano appunto la *fabbricazione e vendita di vaccini, virus, sieri curativi e prodotti affini destinati a scopo diagnostico, profilattico e curativo*. Tale fabbricazione, a scopo di vendita, è subordinata all'*autorizzazione* ed alla *vigilanza* del Ministero dell'Interno. Per alcuni prodotti (designati dal Consiglio Superiore di Sanità) è prescritto anche il *controllo dello Stato*, prima di esser messi in commercio. Opportune norme di garanzia sono stabilite per i prodotti provenienti dall'Estero.

L'applicazione delle disposizioni di legge è stata disciplinata col regolamento approvato con R. decreto 18 giugno 1905 n. 407. Alcuni articoli di questo regolamento interessano anche gli ufficiali sanitari. L'art. 8 infatti dispone che la vigilanza ordinaria sul funzionamento degli istituti produttori di sieri, vaccini, ecc. venga esercitata dall'Autorità comunale, mentre un ulteriore controllo si eseguisce con ispezioni periodiche e straordinarie del medico provinciale. È prescritto che i recipienti contenenti i prodotti messi in vendita portino le seguenti indicazioni:

1) dell'istituto produttore;
2) del nome del direttore dell'istituto;
3) del prodotto contenuto;
4) della data di fabbricazione;
5) della durata dell'attività del prodotto;
6) del numero d'ordine del registro tenuto nell'istituto;

inoltre debbono contenere apposite istruzioni a stampa sul modo di adoperare e conservare il prodotto. Sui recipienti contenenti prodotti soggetti a controllo obbligatorio devono essere indicati anche il numero e la data del controllo ed apposta la dicitura: *controllato a cura dello Stato;* per i singoli preparati la Farmacopea Ufficiale prescrive inoltre altre indicazioni (titolo in unità antitossiche o immunizzanti).

Col decreto ministeriale 14 ottobre 1923, in conformità del parere espresso dal Consiglio Superiore di Sanità, sono stati sottoposti al controllo preventivo obbligatorio dello Stato i seguenti prodotti: siero antidifterico; siero antitetanico; vaccini batterici (antitifico, anticolerico, antipestoso); vaccino jenneriano; arsenobenzoli. Tale controllo è esteso agli stessi prodotti fabbricati all'Estero, a meno che non sia già stato eseguito nel paese di produzione con garanzie equivalenti a quelle stabilite per i corrispondenti prodotti nazionali.

Il R. decreto-legge 7 agosto 1925 n. 1732 sulla produzione e il commercio delle specialità medicinali, ed il relativo regolamento approvato con R. decreto 3 marzo 1927, n. 478 si applicano, in quanto non contrastino colle norme speciali che li riguardano, anche ai sieri, vaccini e affini. Secondo il regolamento questi prodotti comprendono le seguenti categorie: sieri e derivati; vaccini batterici integrali; vaccini batterici elaborati; altri vaccini; fermenti batterici; virus; tossine e affini; arsenobenzoli semplici; derivati degli arsenobenzoli; altri prodotti chemioterapici; altri prodotti biologici e affini. Oltre le indicazioni di cui si è detto sopra, i prodotti del genere, messi in commercio, debbono portare quelle del decreto ministeriale di autorizzazione, della natura del prodotto e del prezzo fisso di vendita al pubblico in moneta italiana. Il Ministero dell'Interno, con decreti 1° luglio 1928, 20 marzo 1929 e 29 agosto 1930, ha approvato gli elenchi dei sieri, vaccini e prodotti affini dei quali sinora è stata autorizzata la preparazione a scopo di vendita e l'importazione nel Regno.

I progressi della scienza medica nel campo immunitario ed in quello della terapia biologica, portano di continuo alla preparazione di nuovi prodotti (diagnostici, curativi e profilattici) i quali, prima ancora di essere messi in commercio, vengono adoperati nell'uomo a scopo di studio o di esperimento; inoltre sono ora largamente usati gli *autovaccini* ottenuti coi germi isolati di volta in volta dall'ammalato stesso. Queste categorie di preparati, non essendo prodotti a scopo di vendita, non cadono sotto la disciplina delle norme di legge e di regolamento sin qui ricordate. Lo Stato, però, cui spetta garantire la tutela della pubblica salute, non poteva disinteressarsi dell'applicazione di tali preparati, pur tenendo conto della necessità di non porre ostacoli ai rapidi progressi della scienza in questo campo. A ciò si è provveduto col R. decreto-legge 25 novembre 1926, n. 2164 contenente *disposizioni per l'impiego nell'uomo di sieri, vaccini ed affini non prodotti a scopo di vendita e per la produzione di autovaccini.* Il decreto assicura la garanzia che l'uso dei preparati di cui si tratta sia fatto sotto il controllo e la sorveglianza di medici competenti, in quanto stabilisce che l'impiego di prodotti, non autorizzati ai sensi delle vigenti disposizioni, è consentito solo in istituti pubblici di carattere ospitaliero, siano o non universitari, ed in pubblici ambulatori autorizzati dal Prefetto, sotto la responsabilità del dirigente l'istituto, il reparto o l'ambulatorio, nel quale avviene l'impiego stesso. Dell'impiego il dirigente deve conservare esatta registrazione e dare notizia scritta al capo dell'Amministrazione o del-

l'Ente dal quale l'istituto, il reparto o l'ambulatorio dipendono. Quando l'impiego del prodotto si faccia in un pubblico ambulatorio autorizzato, la notizia scritta di esso, con le opportune indicazioni circa le persone trattate, deve esser data anche all'ufficiale sanitario e da questo al medico provinciale. Il Prefetto, su rapporto del medico provinciale, può vietare l'impiego dei prodotti, dando comunicazione del divieto al capo dell'Amministrazione interessata a mezzo del Podestà.

La preparazione di autovaccini non può effettuarsi che in istituti, laboratori, ecc. che, a loro domanda, ne abbiano ottenuto l'autorizzazione del Ministero dell'Interno.

Le norme di legge così brevemente illustrate, che assicurano la vigilanza dell'autorità sanitaria sulla produzione ed il commercio dei sieri, vaccini e affini e la serietà dei nostri Istituti sieroterapici e vaccinogeni, danno al medico pratico pieno affidamento sull'uso di questi importanti mezzi diagnostici, profilattici e curativi. A. FRANCHETTI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Azione degli estratti pancreatici desinsulinizzati sull'angina di petto. — Al dott. C. T. da F.:

E' difficile ancora dare un giudizio definitivo sull'argomento. I malati di angina di petto non sono nè numerosi per un largo esperimento, nè presentano una uniformità di decorso da permettere conclusioni decisive dopo l'uso di un qualunque rimedio.

La personale esperienza mi porterebbe per ora a concludere che gli estratti pancreatici desinsulinizzati mostrino un utile, transitorio effetto, su quegli anginosi che contemporaneamente hanno i segni di notevole ipertensione.

Negli altri l'azione è meno evidente o addirittura nulla. Il nuovo rimedio rientra tra i mezzi sintomatici di cura ad azione transitoria e incostante. *t. pontano.*

VARIA.

Raggi cosmici e cancro.

Per trovare una spiegazione all'aumento del cancro, si vanno facendo le ipotesi più bizzarre, anche da parte di chi lavora in campi abbastanza lontani dallo studio della medicina. È ora la volta di un geologo irlandese, John Joly il quale, secondo quanto riferisce *The American Journal of Cancer*, genn. 1931, suggerisce l'idea che vi sia un rapporto fra la diminuzione dei raggi cosmici e l'aumento del cancro. Tali raggi, egli afferma, sono venuti diminuendo ai nostri tempi e, quindi, hanno lasciati liberi gli agenti che provocano il cancro.

Il prof. Joly è indubbiamente un geologo di grande valore; fra l'altro, egli ha fatto l'importante osservazione che l'alone microscopico, che si scorge attorno a certi cristalli, è dovuto alla radioattività e può essere utilizzato allo scopo di stabilire l'età delle roccie da cui tali cristalli provengono. Ma è poco probabile che le sue ipotesi nel campo della medicina possano aver fortuna.

I raggi cosmici, scoperti anni fa da Kohlhorster, arrivano alla terra dagli spazi cosmici ed hanno affinità con i raggi X e con quelli gamma del radio, nel senso che possono penetrare attraverso un grosso strato di materia senza perdere della loro energia. Sotto tale riguardo, essi sono i più potenti raggi conosciuti, oltrepassando, in potenza, anche quelli gamma del radio; dopo passati attraverso uno spessore di 60 metri di acqua, ne rimane ancora il due per cento.

Ma il pensare che essi possano avere sull'organismo umano un'azione del genere di quella supposta da Joly ci sembra assurdo. Anzitutto, questi raggi arrivano sulla terra in quantità così infinitesima che sono rilevabili soltanto con i più delicati apparecchi ed è quindi poco probabile che essi possano avere qualsiasi azione sugli organismi terrestri. Il prof Joly ritiene che, quando tali raggi erano più abbondanti, avevano un effetto distruttivo sul cancro; ora, è evidente che, prima di arrivare a distruggere la cellula cancerosa, essi avrebbero distrutto l'organismo che albergava detta cellula a cominciare, per esempio, dai leucociti che sono di molto più sensibili alle radiazioni che le cellule del sangue. Del resto, è un'affermazione non ancora dimostrata che i raggi cosmici fossero più abbondanti nel passato che oggi. Lo Joly aggiunge poi che essi sono più abbondanti nelle altitudini elevate, il che contrasta con l'osservazione che in alcuni paesi che sono situati ad altitudini abbastanza elevate, la mortalità da carcinoma è alta quanto o più che in altri paesi di pianura.

L'aumento della mortalità per cancro è, nel suo complesso, più fittizio che reale, in quanto che è dovuto in gran parte ai raffinamenti ed ai progressi della diagnosi. Chi diagnosticava un cancro del polmone, 30-40 anni or sono? Ben poche volte si faceva tale diagnosi in vita, mentre ora ogni medico che ha una discreta pratica, ne ha veduti più d'uno nella propria clientela.

Un altro coefficiente ha aumentato in apparenza la mortalità per cancro ed è l'allungamento della durata della vita umana; nella società odierna si trovano, in maggior proporzione che per il passato degli individui in età piuttosto avanzata e si comprende quindi, che siano relativamente aumentate le malattie dell'età avanzata, fra cui si trova appunto il cancro.

Non si esclude, con questo, che le ignote radiazioni che traversano lo spazio non abbiano una qualche azione, tuttora ignota ed imponderabile, sull'organismo, ma, per ora l'ipotesi emessa dell'azione dei raggi cosmici sul cancro appartiene al regno della pura fantasia.

fil.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XX. - Accertamento della identità personale, mediante la così detta "prova del sangue,,.

È stata risoluta dalla Corte di Cassazione una quistione molto interessante. Si doveva stabilire se tizio era figlio di caio. C'era un atto di riconoscimento della paternità. Fu poi contestata la presunzione legale di consanguineità e si chiedeva un mezzo di prova mediante raffronto dei *gruppi sanguigni*. La Corte d'appello non ammise questa prova perchè, nel caso concreto, non era possibile il confronto del gruppo sanguigno del figlio con quello di *entrambi i genitori*.

Si è quindi discusso della possibilità di un accertamento giuridico col metodo della così detta prova del sangue. La Corte di Cassazione, con sentenza 17 marzo 1931, ricorrente Troiani, ha confermato la risoluzione della Corte d'appello. È importante rilevare che il Collegio Supremo *ha ammesso la efficacia probatoria del raffronto dei gruppi sanguigni* sia pure limitatamente al caso in cui sia possibile l'esame del sangue di entrambi i genitori. Certamente si deve procedere con molta cautela, perchè non sembra che, allo stato delle conoscenze scientifiche, la identificazione mediante esame del sangue abbia una base di certezza o di grandissima probabilità. Ecco come ha ragionato la Corte di Cassazione.

« La Corte di appello fu tratta a dichiarare l'inammissibilità della ricerca dei rispettivi gruppi sanguigni dalla considerazione della attuale imperfezione dei procedimenti tecnici con cui essa verrebbe praticata e della perdurante incertezza dei suoi risultati, che per la soluzione del proposto quesito genealogico avrebbero soltanto un carattere di probabilità. Non sembra invero giustificata questa diffidenza verso il nuovo metodo diagnostico dell'identità individuale che specialmente per merito della giovane scuola modenese di medicina legale, ha ormai raggiunto un notevole grado di perfezione. Le inevitabili incertezze di tecnica rilevate dalla sentenza, che dapprima accompagnarono, svalutandola praticamente, la geniale teorica del Laudsteiner, possono dirsi oggi vittoriosamente superate mediante i pazienti ed accorti perfezionamenti dovuti al Lattes, allo Schiff, al Cuboni (si veda ad es. l'Archivio d'antropologia crim., 1930, fasc. II). Numerosi tribunali stranieri e anche recentemente l'Oberlandegericht in Königsberg (*M. Med. Woch.*, 1929 pag. 1995) hanno riconosciuto l'attendibilità scientifica di questo metodo diagnostico e l'utilità delle sue applicazioni nel campo giuridico.

Quanto poi alla certezza dei suoi risultati, gli studi e le ricerche eseguite in questi ultimi tempi dimostrano che, se la determinazione dei gruppi sanguigni non offre elementi sicuri per l'affermazione di un dato rapporto di filiazione, ha però indiscutibile valore probatorio per escluderlo quando il gruppo sanguigno del figlio non si armonizza secondo un determinato schema con quello del supposto genitore. È però da notare che i risultati di questa ricerca, per essere conclusivi, richiedono ch'essa si estenda ai gruppi sanguigni di entrambi i genitori, perchè i due agglutinogeni (A e B cui si contrappone la loro mancanza O), comportandosi come qualità mendeliche dominanti non possono comparire nei figli se non sono presenti o nell'uno o nell'altro genitore, per cui si può dire che il figlio è stato procreato da un terzo solo quando risulti che il suo gruppo sanguigno non armonizza nè con quello del supposto padre nè con quello della madre. È questa insuperabile esigenza tecnica dell'indagine, e non già le riserve teoriche della sentenza sulla bontà del metodo, che legittima l'impugnata decisione nella disposta reiezione di questa prova. Perchè mentre la legge non appresta alcun mezzo per ottenere che la madre di Iolanda S. presti la sua persona all'operazione chirurgica della prova del sangue, l'essersi questa mantenuta estranea al processo e quindi terzo nella controversia, non consente che dal suo rifiuto a sottoporvisi si possa trarre una qualsiasi conseguenza presunzionale a favore e contro l'avvenuto riconoscimento.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, cons. legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

Il valore monetario dell'uomo.

Negli Stati Uniti, più che in ogni altro paese del mondo, si è compresa la necessità di tradurre in espressioni monetarie, i danni che alla società umana provengono dalla morte, dalla malattia e dall'infortunio prevenibili. Solo per questa via, e non in base a criteri morali o sentimentali, si arriva infatti a scuotere l'indifferenza relativa delle classi dirigenti di fronte ai suddetti evitabili danni.

Segnaliamo al riguardo un notevole volume di (Louis L. Dublin e Alfred J. Lotka: *The Money value of a Man.* The Ronald Press Company, New York, 1930, pag. 264), ideato e redatto dal Direttore del Servizio Statistico della *Metropolitan Life Insurance Company.* Esso è costato cinque anni di lavoro ed è inteso a dimostrare i più pratici metodi per determinare il valore economico della vita di ogni individuo alle differenti età, in rapporto a coloro che da lui dipendono, in base ai suoi guadagni, alla sua età, ecc.

Gli AA. si sono proposti d'indagare di quanto tale valore economico è diminuito dall'infortunio, dalle malattie, ecc. Il prezioso volume è arricchito da oltre 80 tavole che permettono di computare in pochi istanti, il valore monetario di ciascun uomo nelle più svariate circostanze: e cioè il valore netto in caso di morte per individui sia in condizioni di salute normale, sia ridotti nella loro efficienza in tre graduazioni differenti, sia per infortunio che per malattia. Altre tavole esprimono il valore lordo applicabile nei casi in cui il lavoratore infortunato sopravvive e diventa oggetto di spese per parte di coloro che egli prima invece manteneva.

Il libro è prezioso, non solo nel campo delle assicurazioni sulla vita e sugli infortuni, ma anche in quelli del giure, dell'economia sociale, della statistica, della sanità e dell'assistenza sociale.

Nell'introduzione e nel Cap. 2°, a carattere di storia retrospettiva, si definisce il termine di valore riferito alla vita umana, e si riassumono i primi metodi impiegati per tali indagini da noti sociologi e statistici, cioè William Petty Adam Smith, William Farr, Engel, Nicholson, Lindheim, Zeitlin e Biederty e Alfred Marshall.

Gli AA. passano poi a valutare (Cap. 3°) il costo del mantenimento e dell'educazione dell'uomo dalle prime età fino all'adolescenza, comprendendo in esso le spese per l'assistenza materna, per il parto, per il cibo, le vestimenta, la casa, l'educazione propriamente detta, la salute e tutto ciò in rapporto alle varie età.

Nel Cap. 4° si considera il valore dell'uomo in quanto produttore, distinguendo diversi redditi variabili da un minimo di 1000 dollari, ad un massimo di 10.000 dollari.

Nel Cap. 6° si riassume, con dati interessantissimi, il peso che rappresentano per la società, gli individui comunque minorati fisicamente: ciechi, sordo-muti, storpi, alienati, delinquenti; e si parla dall'attitudine rispetto ad essi dei datori di lavoro, con speciale riguardo ai mirabili risultati ottenuti dalla Compagnia Automobilistica *Ford* nel valersi di questi residui umani. L'interessante capitolo si conclude con uno scritto sul valore residuale di tali individui e sull'utilità della loro rieducazione: argomento questo in cui la guerra ha fornito ampio insegnamento in tutti i paesi del mondo e specialmente in Italia, ove così nobilmente si è operato per i nostri reduci.

Il problema dell'infortunio in rapporto al valore del compenso, è studiato nel Cap. 7°, prendendo in considerazione i fattori fondamentali per determinare il quanto del compenso, in rapporto al grado dell'infortunio, all'età dell'infortunato, alle sue precedenti occupazioni. Vi si parla pure della situazione economica delle vedove degli infortunati e dei problemi che insorgono col loro passare a 2° matrimonio.

Di speciale importanza per i medici è il Capitolo 8°, ove si parla del deprezzamento del valore economico individuale in seguito alle più varie malattie, e ciò specialmente in rapporto a vastissime esperienze della *Metropolitan Life Insurance Company.*

I capitoli conclusivi (9° e 10°) trattano dell'applicazione di tutti i dati precedenti, applicati al campo della Sanità Pubblica ed a quello delle Assicurazioni sulla vita. Per quanto tutti i dati esposti nei numerosissimi quadri, diagrammi, ecc., si riferiscano alla popolazione degli Stati Uniti, e siano espressi nel valore monetario corrispondente, pure le conclusioni non sono meno interessanti per noi, perchè un calcolo assai semplice, permette di applicare tali conclusioni ai casi nostri.

Alcune cifre che citeremo spigolando a caso tra le innumeri esposte, appaiono impressionanti. Di particolare interesse ci sembra riportare il seguente quadro che riassume il costo totale dei Servizi Medici negli Stati Uniti:

150.000 medici a 3.000 dollari per anno	dollari	450.000.000
140.000 infermiere professionali private a 1.500 dollari per anno	»	210.000.000
150.000 infermiere comuni a 1.000 dollari per anno	»	100.000.000
50.000 dentisti a 3.000 dollari per anno	»	150.000.000

7.000 ospedali con un totale di 860.000 letti	»	500.000.000
Spese farmaceutiche e medicinali	»	500.000.000
25.000 empirici vari (Chiropractors, osteopaths, Christian, Scientists) a 2.000 dollari per anno	»	50.000.000
Totale generale doll.		2.110.000.000

Efficacissima è la dimostrazione che il lavoro di educazione sanitaria è economicamente redditizio: così, per es., il valore monetario perso per malattie e morti da febbre tifoide nel periodo 1904-1907, nella sola città di Pittsburgh, se impiegato per la costruzione di acquedotti, filtri, ecc., sarebbe bastato a pagare tutte le opere costruite successivamente per tal fine nell'*intiero* Distretto di Pittsburgh.

Le conquiste quotidiane della scienza applicate alla medicina pratica, sono messe in evidenza in modo da colpire coloro che amministrano il danaro pubblico, e specialmente si citano esperienze recenti nel campo della prevenzione della difterite, che nelle comunità, ove tali metodi sono usati con tutte le cautele scientifiche necessarie, ha ridotto a zero la morbilità e la mortalità per tali malattie, già da più anni. Prima dell'era antisettica e asettica, e dell'anestesia chirurgica, le fratture complicate che oggi sono raramente fatali (circa 1 %), provocavano la morte in più del 60 % dei casi, ed esempi di tal genere si potrebbero moltiplicare all'infinito.

È grande merito degli AA., e specialmente del Dublin, che può dirsi l'instauratore di questa geniale forma di propaganda, aver trasformato le aride cifre della statistica sanitaria in argomenti persuasivi di grande efficacia.

Prof. Ettore Levi.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI.

Al Senato del Regno.

Discutendosi il bilancio della Guerra, l'on. prof. B. Rossi si è augurato che le voci corse, di riduzione nell'organizzazione medica militare, siano infondate. Non è possibile, egli ha detto, improvvisare i chirurghi che devono esercitare il loro alto ufficio in prossimità delle prime linee e mantenere la calma e lavorare senza riposo durante il combattimento: occorre una preparazione *ad hoc* fin dal tempo di pace e un completo affiatamento nelle singole unità e tra i vari componenti la Sanità militare. I medici militari di carriera giovano anche a inquadrare, valorizzare e dirigere l'attività degli ufficiali medici richiamati o volontariamente accorsi in difesa della Patria: è così che, durante la grande guerra, 874 medici militari ne assimilarono 16.884 civili.

* * *

Discutendosi il bilancio della Giustizia, l'on. Longhi sollevò il problema dei compiti spettanti agli ordini ed ai sindacati medici e della possibile interferenza. Il ministro, on. Rocco, rispose che gli Ordini sono i custodi dell'albo ed esercitano funzioni disciplinari; invece i Sindacati hanno una vera e propria tutela degli interessi di categoria: non esiste dunque sovrapposizione di compiti.

L'on. Raimondi sollevò il problema delle espropriazioni per opere di pubblica utilità. Il ministro rilevò che le difficoltà sono inerenti all'onere finanziario che deriva dal criterio del valore venale. Il problema va risolto con prudenza e con equo riguardo dei vari interessi.

Vari oratori si sono occupati degli istituti di prevenzione e di pena. Il ministro dette risposte esaurienti. Informò che col 1° luglio la sistemazione penitenziaria voluta dal nuovo Codice penale sarà in gran parte attuata. Verrà anche inaugurato il primo stabilimento sociale per la preparazione dei detenuti al ritorno nella vita civile. Ha ricordato quanto si è fatto per i manicomi giudiziari, per i sanatori giudiziari, ecc. Ha trattato largamente il problema della delinquenza minorile.

Alla Camera dei Deputati.

Gli on. Felicioni e Verga hanno sollevato il problema delle colonie estive per i figli d'emigrati. Il sottosegretario agli Esteri, on. Fano, ha assicurato che, malgrado le misure di severa parsimonia attuate in ogni ramo dell'economia nazionale, verrà adeguatamente provveduto per l'entrante estate.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Ancona. *Ospedale Civile Umberto I.* — Cercasi assistente volontario con tutti i doveri degli assistenti effettivi, con probabilità di nomina, rendendosi vacante un posto di assistente effettivo. Vitto e alloggio tutti i giorni e qualche incerto. Inviare domanda e *curriculum vitae* alla Direzione Sanitaria.

Aosta. *Consorzio Sanit. Antituberc.* — Direttore; L. 14.000 e 10 bienni ventes., oltre L. 4000 serv. att., L. 4000 compenso inibiz. libera profess., L. 500 mensili trasferte, età lim. 35 a.; tassa L. 50. Scad. 31 agosto. Rivolgersi segreteria, via Saverio de Maistre.

Aspra Sabina (*Rieti*). — Scad. 31 lug.; L. 10.500 e 5 quadrienni dec.; deduz. 12 %; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 20 apr.; serv. entro 20 gg.

Borgofranco Po (*Mantova*). — Scad. ore 18 del 15 lug.; L. 7920 già ridotte del 12 %, 5 quadrienni dec., c.-v., L. 600-2000 trasp., L. 500 uff. san.; età lim. 39 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 30 mag.

Cassino (*Frosinone*). — Per S. Angelo in Theodice; L. 8500 oltre L. 1400 cavalc.; riduz. 12 %; 5 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; doc. non anteriori al 4 marzo. Scadenza 19 luglio. Assunz. entro 15 gg.

Ferriere (*Piacenza*). — Per la seconda condotta. Stip. annuo L. 11.000; indennità cavalcatura L. 4200. Domanda e documenti di rito entro il 30 corr. giugno. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale.

FUSCALDO (*Cosenza*). — Scad. 7 ag.; 2ª cond.; L. 6000 e 5 quadrienni dec.; deduz. 12 %; per vettura L. 2500; doc. a 3 mesi dal 7 giu.

MOLINI DI TRIORA (*Imperia*). — Per titoli. Stipendio lordo L. 9000 per 500 poveri, con addizionale di L. 5 per ogni povero in più, dieci aumenti biennali di un ventesimo; indennità di L. 500 quale Ufficiale Sanitario e di L. 500 per servizio ostetrico sino a quando non si sarà provveduto alla nomina della Levatrice condotta, nonchè lire 2000 per indennità di cavalcatura. Gli assegni di cui sopra sono soggetti alle trattenute di legge. Domanda e documenti debbono pervenire all'Ufficio Comunale di Molini di Triora, entro il 18 luglio. Allo stesso ufficio può richiedersi il bando di concorso per conoscere l'elenco dei documenti e altre modalità.

MOMBELLO MONFERRATO (*Alessandria*). — Scad. 25 giu.; 1ª cond.; L. 7000 oltre L. 2000 trasp., L. 700 uff. san., sotto deduzione del 12 %; tassa L. 50,10.

MONCHIERO NOVELLO (*Cuneo*). — Scad. 10 lug.: consor.; L. 9000 oltre L. 4000 automob.; deduz. 12 %; tassa L. 50.

MORES (*Sassari*). — Essendo revocato il concorso bandito precedentemente, è aperto *ex novo* il concorso, a tutto il 31 agosto; L. 9500 e 4 quadrienni dec., oltre L. 800 se uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; doc. non anter. a 3 mesi dal 28 mag.

PENNABILLI (*Pesaro-Urbino*). — Scad. 15 lug.; 1ª cond.; L. 9000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 500 uff. san., L. 3000 cavalc.; diminuz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15; doc. a 3 mesi dall'1 giu.

PESARO-URBINO. *Amministraz. Provinc.* — Medico primario nell'Ospedale Psichiatrico Provinc. con sede in Pesaro; scad. ore 18 del 25 ag.; titoli; età lim. 42 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 23 mag.; titoli di preferenza: pratica di laboratorio; stip. L. 13.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 910 serv. att. e c.-v.; riduz. 12 %; alloggio non mobiliato o indennità; riconoscim. serv. anteriore.

PIENZA (*Siena*). — Scad. ore 13 del 31 lug.; con Montichiello; L. 8500 e 6 quadrienni dec.; deduz. 12 %; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 10 giu.; età lim. 39 a.

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni (Ferrovie dello Stato)*. — Medici di riparto per: Macerata II (Ancona), Cesena, Lavezzola (Bologna), Galluzzo (Firenze), Tonzanico, Torre dei Picenardi (Milano), Ponticelli, Portici I (Napoli), Albano, Giulianello (Roma), Tito, Cosenza II (Salerno), Fortezza (Trento). Per titoli. Inviare domanda e richiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati fra parentesi). Scadenza ore 17 del 15 luglio.

SAN GIOVANNI A PIRO (*Salerno*). — Con frazioni Bosco e Scario. Stipendio L. 7000. Indennità di cavalcatura: se si possieda carrozza od automobile L. 3000; se si possieda altro mezzo L. 2000. Documenti di rito. Scadenza 30 giugno. Per ogni eventuale chiarimento rivolgersi alla Segreteria del Comune.

SESSA CILENTO (*Salerno*). — Per titoli. Stipendio annuo L. 7000 più L. 1500 per indennità di cavalcatura, ridotti del 12 % a termine R. D. Legge 20-11-1930, N. 1491, ed al lordo ritenute per R. M. e contributi Cassa di Previdenza ed I.N.I.E.L. Scadenza 15 agosto. Documenti di rito. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale.

SULMONA. *Ospedale Civile.* — Chirurgo primario; scad. 15 luglio; libera doc. patologia chirurg. o clinica chirurg.; stip. ed indennità alloggio lire 6500 complessive; assicurazione contro le disgrazie accidentali per L. 300.000; 70 % degli emolumenti spettanti operazioni e consulti interni. Richiedere bando di concorso.

TORINO. *Ospedale Mauriziano Umberto I.* — Scad. ore 18 del 30 giu.; 5 assistenti di chirurgia e 3 di medicina. Rivolgersi al Gran Magistero dell'Ordine Mauriziano, presso il quale si può prendere visione delle condizioni particolareggiate del concorso.

VILLONGO (*Bergamo*). — Scad. 30 giu.; consor.; L. 12.000.

VITERBO. *Ospedal Grande degli Infermi.* — Aiuto medico; scad. 15 lug.; età lim. 35 a. al 4 giugno; doc. a 3 mesi; L. 8600 e c.-v.; riduz. 12 %. Tassa L. 50.10. Serv. entro 15 gg. Chied. annunzio.

CONCORSI A PREMI.

Concorso « Luigi Sabbatani ».

Come abbiamo annunziato nel N. 16, per donazione della Casa E. Merck di Darmstadt è bandito un concorso tra gli studiosi italiani sul tema « Calcio e vitamine; Ricerche scientifiche ».

La Commissione giudicatrice è così composta: prof. Zoja Luigi, direttore della Clinica Medica generale della R. Università di Milano, presidente; prof. Micheli Ferdinando, direttore della Clinica medica generale della R. Università di Torino; prof. Pepere Alberto, direttore dell'Istituto di Anatomia patologica della R. Università di Milano; prof. Spolverini Luigi, direttore della Clinica pediatrica della R. Università di Roma; prof. Valenti Adriano, direttore dell'Istituto di Farmacologia, Tossicologia e Terapia sperimentale della R. Università di Milano.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

La Facoltà medico-chirurgica di Modena ha proposto il trasferimento alla cattedra di patologia generale, lasciata dal prof. Guerrini, del prof. Bruno Polettini attualmente a Catania. Rallegramenti.

Il Consiglio del Gruppo delle Università Cattoliche d'America, su proposta del Senato accademico ha deliberato di conferire la laurea in lettere *honoris causa* al Padre Agostino Gemelli, dottore in medicina, Magnifico Rettore dell'Università Cattolica del Sacro Cuore.

Il Collegio Goucher di Baltimora ha conferito il titolo di dottore *honoris causa* in legge alla dott.a Florence Rena Sabin, dell'Istituto Rockefeller di New York, per i suoi studi sul sangue, i quali hanno avuto applicazioni medico-legali.

Il prof. Lemaire è nominato titolare della cattedra di oto-rino-laringologia dell'Università di Parigi.

Alla cattedra di oto-rino-laringologia dell'Università di Jena, per la successione del prof. Brüning, sono risultati: *primo et aequo loco* i proff. Uffenarde (Marburgo) e Zange (Graz); *secondo et aequo loco* Amersbach (Praga) e Steurer (Rostock). È stato nominato il prof. Zange.

Erratum. — Nel fasc. scorso, p. 866, l. 18, leggere: vita.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Padova.

Notizie dell'Università.

Il prof. Mario Truffi, direttore della R. Clinica dermosifilopatica, è stato nominato Commissario Ministeriale per il Sindacato dei Medici.

* * *

In occasione della celebrazione del centenario del Collegio di Francia, il 18 corr., il prof. G. Ferrari, Rettore Magnifico, ha inviato a quella Presidenza il seguente indirizzo: « L'Università di « Padova fedele agli spiriti della sua Storia è assai « lieta di partecipare alla festa bandita per la ce« lebrazione del quarto centenario dall'origine del « Collegio di Francia, Collegio de' Lettori Reali, « che Francesco I volle interprete dell'umanesimo, « scintilla ravvivatrice scattata prima dal genio « dell'Italia, e apostolo della libertà e della bel« lezza, nel momento profeticamente fervido e lu« minoso della Rinascenza, di contro al dogma teo« logicamente immobile e medievale della Sor« bonne.

« Fu l'istituzione del Consiglio di Erancia uno « fra gli avvenimenti più gloriosi e decisivi nei « fasti del pensiero europeo. E si mantenne esso, « per entro a' secoli, e rimase degnissimo dell'ori« gine e dell'ufficio assegnatogli nel cuore di Pa« rigi universitaria, per l'irradiazione mondiale « sempre più nobilmente feconda del sapere e « della civiltà.

« L'antico Studio padovano invia un augurale « saluto latinamente fraterno ». PLF.

Da Catania.

La lezione di chiusura al Corso Ufficiale di Clinica Medica.

Il prof. Luigi Ferrannini ha tenuto, agli studenti del 2° triennio della Facoltà di medicina ed ai medici intervenuti, la lezione di chiusura al corso ufficiale, formato quest'anno di 90 lezioni.

Il laureando Santomauro, a nome di tutti gli studenti ha ringraziato il Maestro per l'abnegazione e per la diligenza con cui i discepoli sono stati intrattenuti, durante l'anno accademico, al letto dell'ammalato, nell'aula delle lezioni e nel laboratorio della Clinica; e per lo spirito di familiarità paterna e fraterna con cui l'insegnamento è stato impartito dal Maestro e gli aiuti sussidiari dai suoi collaboratori.

Il prof. Ferrannini ha riassunto nei suoi aspetti più salienti il lavoro dell'anno accademico, in un severo bilancio consuntivo.

Ha parlato delle difficoltà economiche, che sono state superate con l'oculato aiuto del Governo, coi proventi del laboratorio, con spontanee iniziative di privati; ha parlato del materiale clinico, che non è molto abbondante nè troppo vario, malgrado l'Amministrazione ospedaliera e le Autorità sanitarie municipali facciano del loro meglio per provvedere alle necessità dell'insegnamento, meritando tutta la gratitudine della Clinica, che quest'anno ha potuto registrare, fra ambulatorio e reparti ospedalieri, un movimenti di mille ammalati; ha parlato della sola difficoltà che la buona volontà non è bastata a superare, quella cioè dei locali, assolutamente inadeguati, le cui deficienze assorbono e disperdono tante preziose energie, che più utilmente potrebbero essere impiegate; ha parlato, infine, del lavoro scientifico svolto o iniziato nell'anno, multiforme ma tutto orientato ai fini della Clinica, cioè a fini pratici. Ha ricordato così le molte ricerche compiute e le numerose pubblicazioni di cui sono state oggetto.

Ha incitato gli allievi al lavoro tenace, silenzioso e sopratutto coscienzioso ed onesto, la sola forma di attività che apporti, più o meno tardi, più o meno a stento, ma immancabilmente, alle soddisfazioni più grandi e più elevate: nella scuola e nella vita. T.

Per l'istituzione di un premio annuo presso la R. Università di Roma, da intitolarsi: "Fondazione Vittorio Ascoli„

Somma, come da precedente N. 24	L.	24.062 —
Ministero dell'Interno - Direzione Generale della Sanità Pubblica (*)	»	10.000 —
Dott. Pedro Re (La Plata)	»	500 —
Dott. Azeglio Filippini (Roma)	»	100 —
Dott. Gaetano Basile (Roma)	»	100 —
Prof. A. Ilvento (Roma)	»	50 —
Dott. C. Sica (Roma)	»	30 —
Dott. A. Labranca (Roma)	»	30 —
Dott. M. Collina (Roma)	»	30 —
Dott. S. Ravicini (Roma)	»	30 —
Prof. E. Carlinfanti (Roma)	»	30 —
Dott. M. Grisolia (Roma)	»	20 —
Dott. Valerio (Roma)	»	30 —
Dott. Crisafulli (Roma)	»	30 —
Dott. G. Druetti (Roma)	»	30 —
Dott. E. Miceli (Roma)	»	20 —
Dott. C. Tommasi Crudeli (Roma)	»	20 —
Dott. A. Zannetti (Roma)	»	20 —
Dott. C. Bisanti (Roma)	»	30 —
Prof. M. Pergola (Roma)	»	30 —
Dott. L. Vivaldi (Roma)	»	20 —
Dott. Bruno (Roma)	»	10 —
Prof. P. Zannelli (Roma)	»	20 —
Dott. Marotta (Roma)	»	30 —
Dott. G. Lazzarini (Roma)	»	20 —
Dott. M. Cingolani (Roma)	»	20 —
	L.	35.312 —

(*) Questo versamento è stato accompagnato da una lettera che ci onoriamo di pubblicare:

Spett. Comitato per la « Fondazione Vittorio Ascoli »
R. Clinica Medica — Roma.

In segno di adesione alle onoranze che per iniziativa di cotesto On. Comitato verranno tributate alla memoria del compianto prof. Vittorio Ascoli, il quale, per molti anni, fu collaboratore apprezzatissimo della Amministrazione della Sanità Pubblica e spiegò larga attività in seno al Consiglio Superiore di Sanità e ad altre Commissioni di studio, questo Ministero è venuto nella determinazione di contribuire, con la elargizione della somma di L. 10.000, al finanziamento della Fondazione istituita al nome dell'illustre scienziato.

Pel Ministro: F.to: G. BASILE.

Le sottoscrizioni si ricevono presso la Clinica Medica al Policlinico Umberto I, Roma; ovvero presso il nostro periodico, via Sistina 14, Roma.

NOTIZIE DIVERSE.

La giornata della Croce Rossa.

Mentre questo fascicolo è già impaginato, si svolge la giornata della Croce Rossa, che ha raccolto unanimità di consensi. Vi hanno aderito le più alte autorità e personalità della Nazione.

Ne daremo ulteriori notizie nel prossimo numero.

2° Congresso internazionale ospedaliero.

Si è svolto a Vienna, coll'intervento dei rappresentanti di 32 Nazioni e dei delegati ufficiali di 19 Stati.

La seduta inaugurale, nel salone delle cerimonie dell'ex palazzo imperiale di Vienna, è stata aperta dal Presidente della Repubblica austriaca, dott. Miklas.

Il presidente del Congresso, dott. Sand di Parigi, ha inviato un caloroso saluto anche ai delegati e ai congressisti italiani parlando nella nostra lingua.

Tra i nostri congressisti erano il prof. Ronzani, direttore dell'Ospedale Maggiore di Milano, il prof. Roatta di Firenze, il prof. Trevisanello di Genova, il dott. Liebman, consultore degli Ospedali Riuniti di Roma, i dottori Calzolari, Chiapponi e Magni di Ferrara, il dott. Girardini di Torino, ecc.

I lavori del Congresso si sono svolti con numerosissima partecipazione nella sede dell'Associazione medica viennese. Sono state trattate questioni del più alto interesse scientifico e organizzativo.

Ne daremo notizia in un prossimo numero.

2° Congresso internazionale di actinologia.

È stato fissato dal 15 al 18 agosto 1932; il programma dettagliato verrà distribuito al principio del prossimo autunno. Per informazioni rivolgersi al segretario generale A. Kissmeyer, Kronprinsensgade 1, Copenhague, Danimarca.

8° Congresso britannico di ostetricia e ginecologia.

Si è adunato a Glascow dal 22 al 24 aprile. Vi hanno partecipato tre Società di ostetricia e ginecologia, la Sezione ostetrico-ginecologica della Società Reale di Medicina, quella della Società Medica dell'Ulster e la Società Reale di Medicina dell'Islanda. Tema in discussione fu: i tumori ovarici. Tennero due conferenze il prof. S. A. Gammeltoft di Copenaghen e il prof. H. Giggisberg di Berna. Molti congressisti si recarono a Lamak, per assistere ad una cerimonia pel centenario di Smellie.

Clinica delle malattie tropicali e subtropicali in Roma.

Il X Padiglione del Policlinico Umberto I è stato destinato ad essere trasformato nella Clinica delle malattie tropicali e subtropicali, che sarà diretta dal prof. A. Castellani.

Il padiglione è stato sgombrato dei 60 malati che esso ricoverava; questi sono stati trasportati, in perfetto ordine, per mezzo di autoambulanze della Croce Rossa, in un padiglione del grandioso Ospedale del Littorio.

Nuova Maternità a Chicago.

Il 29 aprile si è inaugurata a Chicago una Maternità che è costata 36 milioni di lire it. e che è organizzata secondo i criteri più moderni. Contiene 157 letti, 8 camere da parto, un anfiteatro, una sala per cinematografie, una « camera dei padri ». In ogni camera da parto un orologio batte un colpo ogni 15'', per modo che il medico possa rilevare la frequenza dei battiti cardiaci del feto, senza usare il proprio orologio. Le pazienti dispongono di cuffie per la radio. Il personale sanitario sarà fornito dall'Università e la direzione è stata affidata ai dottori De Lee e Adair, professori di ostetricia e di ginecologia all'Università. Tratto caratteristico: un passaggio coperto, che unisce la Clinica Epstein al Padiglione per l'Aiuto Materno, reca 8 nicchie, di cui 7 sono dedicate ad ostetrici di valore; l'ottava è vuota e resta riservata a chi preciserà la causa dell'eclampsia.

Ospedale per tubercolotici a Marburgo.

Un nuovo ospedale per tubercolotici è stato costruito a Marburgo ed annesso alla Facoltà medica; dispone di 100 letti; è costato 1.800.000 marchi (ossia oltre 6 milioni e mezzo di lire it.).

Per un Istituto d'idrologia a Lione.

La Facoltà medica di Lione ha chiesto al Ministro dell'istruzione pubblica che venga creato un istituto d'idrologia e di climatologia, per scopi scientifici, didattici e propagandistici.

Nuovo ospedale nel Veronese.

Si è inaugurato a Mezzane un ampio ospedale, unitamente ad una casa di ricovero, donati al detto comune ed a quello di Lavagno dal sig. Felice Schiavoni, benemerito anche per altri atti di filantropia.

Scuola di Medicina tropicale di Londra.

La « Post Graduate Medical Association » ha organizzato un corso clinico sulle malattie tropicali in due serie: dal 15 giugno al 3 luglio e dal 5 al 23 ottobre; il corso si svolgerà nell'Ospedale della Scuola (Gordon Street 25, W. C. 1). La quota è di Lst. 8 s. 8; iscrizioni presso il « Fellowship of Medicine », Wimpole Street 1, London W. 1, Inghilterra.

Corso di perfezionamento.

Un corso sulle tubercolosi osteo-articolari e ganglionari e su alcune affezioni dell'apparato locomotore è annunziato a Berck-Plage dal 3 al 15 agosto; tassa 300 franchi francesi. Per informazioni rivolgersi al Dr. André Delahaye, Hôpital Maritime, Berck-Plage, Pas-de-Calais, Francia.

Nella stampa sanitaria.

Il « British Journal of Actinotherapy and Physiotherapy » ha cambiato il titolo in « British Journal of Physical Therapy ». Esso copre un campo vasto: actinoterapia, elioterapia, radioterapia, elettroterapia, idroterapia, climatoterapia, talassoterapia, massaggio, esercizi fisici, chirurgia « riduttiva ». L'indirizzo del periodico resta: Featherstone Buildings 17, London W. C. 1, Inghilterra.

La « Revista de la Tuberculosis del Uruguay » è organo ufficiale della Società di Tisiologia dell'Uruguay, la quale organizza la lotta contro la tubercolosi in questo Paese. Ne è redattore-capo il dott. F. D. Gomez e vice redattore-capo il dott. H. Franchi. Ogni fascicolo contiene, oltre ai resoconti della società, recensioni di lavori pubblicati nei Paesi a lingua spagnola.

Ha iniziato le pubblicazioni il periodico « Nutrition. Annales cliniques, biologiques, thérapeutiques », a cura dell'editore G. Doin (place de l'Odéon 8, Paris VIe); è diretto da P. Carnot, M. Loeper e M. Villaret ed è redatto da R. Glénard e Mathieu de Fossy; gli articoli originali sono corredati di brevi riassunti in inglese, spagnolo e tedesco.

L'ospedale americano di Parigi ha avviato la pubblicazione dell'« American Medical Journal of Paris », che ha lo scopo precipuo di far noti, ai medici con idioma inglese, i progressi della medicina realizzati in Francia. Il primo fascicolo contiene articoli di Claude, Le Mée, Armand-Delille, Ravina, Pierret.

Biblioteca di pellicole radiografiche.

Viene edita dalla Casa Masson & C.ie di Parigi per iniziativa di Béclère e Porcher; ha lo scopo di agevolare la comprensione delle immagini e dei procedimenti radiografici. Le pellicole hanno il formato di quelle cinematografiche; possono esaminarsi direttamente per trasparenza (su fondo bianco), ovvero per proiezioni mediante un apparecchio d'ingrandimento qualsiasi. Si prestano bene anche per l'insegnamento scolastico. Ne sono pubblicate 50 serie; altre sono in corso. Ogni serie costa 25 franchi. L'esecuzione ne è stata affidata alla Casa specializzata « La Photoscopie ».

In onore di tre scienziati americani.

Il parlamento dello Stato di Michigan ha citato all'ordine del giorno, il 14 aprile, il dott. F. G. Novy, professore di batteriologia nell'Università di Ann Arbor; il dott. M. Gomberg, professore di chimica nella stessa Università; il dott. R. L. Kahn, autore della reazione che ne porta il nome. Alla cerimonia assistevano il governatore W. M. Brucker e altre alte autorità.

Il programma della "Croce Bruna".

Il Capo del Governo ha ricevuto una Commissione della Croce Bruna — Associazione Internazionale për la protezione delle popolazioni civili contro la guerra chimica — con sede in Losanna (Svizzera).

La Commissione, composta dai sigg. colonnello Arthur Fonjallaz, avv. Felice Cacciapuoti, Marcello Pulejo e Giulio Pulejo, ha esposto al Duce il programma della Associazione.

Facilitazioni per i medici e loro famiglie.

Le Terme di Chianciano (linea Roma-Firenze), specializzate per la cura delle malattie del fegato e delle vie biliari, accordano per la stagione 1931 (1° maggio-31 ottobre) le seguenti facilitazioni ai sigg. medici (iscritti nell'Albo) e famiglie: medici e signore dei medici: visita medica e cure complete gratuite; figli minori e genitori a carico: visita medica e cura di bibite gratuite. Le relative tessere si ritirano, previo riconoscimento, in Bagni di Chianciano presso la Direzione degli Stabilimenti ove, preavvertendo dell'arrivo, potranno trovarsi già pronte.

Per la limitazione delle nascite nel Giappone.

Il problema della limitazione delle nascite va preoccupando molti Paesi ove l'incremento della popolazione sembra sproporzionato all'incremento della produzione.

Il 47° congresso dell'Associazione medica Igakushikai, tenutosi a Tokio, ha preso in esame il problema, allo scopo di elaborare un progetto concreto da sottomettere al Governo. In conformità al parere espresso dal dott. Kurimoto, presidente della commissione incaricata di esaminare il problema, il convegno ha ritenuto che questo debba essere accuratamente studiato dal punto di vista dell'eugenica e della sociologia.

Indice alfabetico per materie.

V. ASCOLI †, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit Armani di M. Courrier.

SUFFICIT LP ANIMUS

OPERE DI MEDICINA CHIRURGIA ED IGIENE

pubblicate dalla Casa Editrice LUIGI POZZI di Roma

le quali, dagli abbonati a « IL POLICLINICO » o alle altre Riviste edite dalla nostra Casa, possono essere acquistate :

a) contro pagamento a contanti (*beneficiando del prezzo di favore qui di seguito indicato*) mediante cioè invio del rispettivo importo contemporaneamente alla ordinazione;

oppure

b) *al prezzo di copertina*, contro pagamento rateale. Il totale, *considerato al prezzo di copertina*, deve essere pagato con un primo versamento pari a un terzo dell'ammontare della richiesta ed il rimanente mediante rate mensili da L. 20 cadauna. Con il primo versamento si deve inviare l'impegno scritto del pagamento rateale mensile fino al completo saldo.

Continuazione dei precedenti N. 22, 23 e 24:

MATERIA MEDICA E TERAPIA.

SINDROMI D'URGENZA. *Cause, Diagnosi e Terapia.* (Dott. C. SANTORO). Prefazione dei proff. T. FERRETTI e G. ANTONELLI. Volume di pagg. XII-400. Prezzo L. 45, più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. 41,90 in porto franco.

TECNICA TERAPEUTICA RAGIONATA MEDICA E CHIRURGICA. (Prof. B. MASCI). Prefazione del Prof. A. CARDUCCI. Volume di pagg. VIII-845, con 273 figure nel testo, rilegato in tela. Prezzo L. 78, più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. 72 in porto franco.

LA TERAPIA CLINICA NELLA MEDICINA PRATICA. (Prof. L. FERRANNINI). *Indicazioni-Prescrizioni igieniche, fisiche, dietetiche e farmaceutiche.* Volume di pagg. VIII-574, rilegato in tela. Prezzo L. 58, più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. 53 in porto franco.

PRONTUARIO TERAPEUTICO. *Vademecum per il pratico.* (Dott. E. VENEZIAN). Prefazione del Professore U. ARCANGELI. Volume di pagg. VIII-324, rilegato in tela flessibile. Prezzo L. 25, più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. 22,50 in porto franco.

RADIUMTERAPIA. *Manuale per i medici pratici.* (Dott. L. CAPPELLI). Prefazione del Prof. F. GHILARDUCCI. Volume di pagg. IV-150, con 5 tavole e 5 figure nel testo. Prezzo L. 18, più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. 16,50 in porto franco.

LE COLONIE SANITARIE MARINE MILITARI. *Nozioni di terapia marina, solare e di educazione fisica.* (Dott. F. BOCCHETTI). Prefazione del prof. A. SCLAVO. Un volume di pagg. VIII-80, con 21 figure nel testo. Prezzo L. 12, più le spese postali di spedizione.
Per i nostri abbonati sole L. 10,80 in porto franco.

COME SI ASSISTE UN MALATO? COME SI SOCCORRE UN FERITO? *Guida pratica per infermieri ed infermiere.* (Prof. G. QUARTA). Quarta edizione. Volume di pagg. XII-312, con 112 figure nel testo. Prezzo L. 18, più le spese postali di spedizione.
Per i nostri abbonati sole L. 16,50 in porto franco.

PEDIATRIA.

CONSULTAZIONI DI CLINICA, DIETETICA E TERAPIA INFANTILE. (Prof. F. VALAGUSSA). Quarta edizione. Prefazione di A. MURRI. Volume in-8°, di oltre 400 pagine, con molte figure nel testo (in corso di stampa).

MANUALE DI PEDIATRIA PRATICA. (Prof. M. FLAMINI). Terza edizione. Volume di pagg. XII-452, corredato di una estesa *Posologia infantile* e con 118 figure nel testo. Prezzo L. 55, più le spese postali di spedizione.
Per i nostri abbonati sole L. 50 in porto franco.

L'ALIMENTAZIONE DEL BAMBINO. (Prof. G. FRONTALI). *Lezioni dettate per i Corsi di Puericultura ai medici, sotto gli auspici dell'Opera Nazionale per la protezione della Maternità e Infanzia.* Volume di pagg. XVI-248, con 38 figure in nero e a colori nel testo e una tavola a colori fuori testo. Prezzo L. 40, più le spese postali di spedizione.
Per i nostri abbonati sole L. 36 in porto franco.

LE RECENTI ACQUISIZIONI DELLA SCIENZA SULLA ALIMENTAZIONE DELLA PRIMA INFANZIA. (Prof. L. SPOLVERINI). Presentazione del prof. sen. E. MARCHIAFAVA. Volume di pagg. 64. Prezzo L. 10, più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. 8,50 in porto franco.

PRESCRIZIONI PEDIATRICHE. *Vademecum ad uso dei medici condotti.* (Prof. G. FRONTALI). Volume di circa 300 pagine, in formato tascabile, rilegato in tela flessibile (in corso di stampa).

MALATTIE GASTRO-INTESTINALI E DELLA NUTRIZIONE NEL LATTANTE. (Prof. R. POLLITZER). Volume di pagg. VIII-108, con 7 figure nel testo. Prezzo L. 9, più le spese postali di spedizione.
Per i nostri abbonati sole L. 7,90 in porto franco.

COME SI ALLEVA IL BAMBINO SANO E COME SI ASSISTE IL MALATO. (Prof. R. POLLITZER). Prefazione del Prof. F. VALAGUSSA. Volume di pagine VIII-118, con 66 figure nel testo. Prezzo L. 15, più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. 13,50 in porto franco.

IL BAMBINO. *Consigli d'igiene alle madri.* (Prof. F. VALAGUSSA). Quarta edizione riveduta e ampliata. Volume di pagg. XVI-244, con 84 figure schematiche ed una grafica nel testo. Prezzo L. 25, più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. 23,25 in porto franco.

L'elenco continuerà nei prossimi Numeri.

Per ottenere quanto sopra inviare Vaglia all'editore LUIGI POZZI, Ufficio Postale Succursale diciotto, ROMA.

ANNO XXXVIII Roma, 29 Giugno 1931 - IX Num. 26

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI †

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVICO S. SAVERIO DI PALERMO

DIVISIONE CHIR.' diretta dal prof. E. ARCOLEO.

Sindrome clinica oscura, in un caso di litiasi biliare associata a cisti di echinococco

per il dott. F. SPECIALE.

M. Emanuela, di anni 17, da Prizzi, entrata in ospedale il 28-XI-30. Viene in condizioni assai gravi. Nega qualsiasi precedente ereditario e dice di essere stata sempre di buona salute sino a quattro mesi addietro. In questa epoca, senza causa apprezzabile, fu improvvisamente colta da vivi dolori all'ipocondrio destro. Dolori che furono violenti, irradiantesi alla spalla ed accompagnati da febbre, tendenza al vomito, ittero intenso. L'inferma ricorda che le feci erano scolorate. Curata dai sanitari del luogo, con applicazioni caldo-umide locali e sedativi generali, si rimise dopo sette giorni, notando contemporaneamente la scomparsa dell'ittero e la colorazione delle feci. Cessò la febbre e le condizioni generali e locali migliorarono rapidamente al punto, dice l'inferma, che dopo 20 giorni poteva riprendere le sue occupazioni domestiche. L'alvo era stitico. Dopo quella colica, durata una settimana, stette bene sino ad otto giorni fa. Fu ripresa da un secondo attacco di colica, sempre localizzata all'ipocondrio destro, molto più violenta della prima, accompagnata pure da ittero, febbre a tipo suppurativo, feci scolorate, notevole scadimento di forze, tumefazione dell'addome. L'inferma si decise allora entrare all'ospedale.

E. O. Condizioni generali assai defedate. L'inferma presenta una tinta itterica diffusa su tutta la superficie del corpo. P. 102; R. 20, T. 39°,2. L'addome all'ispezione si presenta aumentato di volume ma molto più deformato in alto, nella metà destra dove è un accenno di circolazione venosa vicaria. Assenza di edemi agli arti inferiori. Alla palpazione notasi una tensione dell'addome e dolorabilità in corrispondenza dell'ipocondrio destro e dell'epigastrio. La percussione mette in evidenza presenza di liquido libero, confermando i dati della palpazione, che mostrava un fegato ingrandito in toto e di cui non si riusciva a percepire i margini. Nel torace, all'infuori di un'ottusità della base destra che si spinge sino all'8° spazio, l'esame è negativo.

Esame delle urine: presenza di albumina con frammenti di cilindri jalini, abbondanti pigmenti biliari; feci steatorroiche. Wassermann negativa. All'esame del sangue lieve leucocitosi ed assenza di eosinofilia.

Dai dati anamnestici e valutando i dati dell'esame obbiettivo, la nostra attenzione venne posta alle vie biliari. L'inferma aveva avuto due at-

tacchi di colica violenta all'ipocondrio destro, colica che era stata accompagnata da ittero, che era scomparso, con l'allontanarsi del dolore. L'ittero era totale in quanto le feci erano completamente scolorate. Dal primo attacco l'inferma si era rimessa al punto da tornare alle occupazioni domestiche. Indi in seguito a nuova crisi con caratteri in parte uguali a quella subìta quattro mesi fa, si è venuta determinando una tumefazione enorme del fegato, accompagnata da notevole scadimento delle forze. Il carattere della febbre è a tipo remittente accompagnato da sudori. I segni: colica ricorrente a sede all'ipocondrio destro, irradiazione del dolore alla spalla, occlusione delle vie biliari, febbre, tumefazione del fegato, ci fecero porre la diagnosi di colecistite calcolosa con occlusione del coledoco, angiocolite secondaria, probabile suppurazione miliarica del fegato. Si tiene l'inferma in osservazione dando dei cardiocinetici per rimetterla un po' sù, dell'emostyl, del cloruro di calcio per un possibile intervento. Al terzo giorno però assistiamo ad un fatto assai interessante, in quanto l'inferma, dopo un'abbondante scarica, si sente meglio, il dolore è un po' abbattuto, l'epigastrio lievemente più trattabile. All'esame delle feci (che era praticato giornalmente) si nota una grossa sacca che ha tutto l'aspetto di una parete di cisti di echinococco con molto pus tra le feci (l'esame microscopico ne ha confermato la natura). La sacca che si era svuotata, aveva le dimensioni di un'arancia. Di fronte ad un dato obbiettivo così preciso e sicuro, la diagnosi posta veniva fortemente compromessa, in quanto la tumefazione era data possibilmente dalla cisti di echinococco; l'ittero forse dalla cisti che comprimeva o spostava il coledoco. Restava a spiegarci la colica e la sede della cisti. La colica non è un sintoma frequente delle formazioni cistiche e si può avere clinicamente o per distensione della parete cistica o per rottura della stessa. Bisognava, però, tener presente che la nostra paziente ebbe due coliche tutte e due accompagnate da ittero. Quale poteva essere la sede della cisti per essere eliminata spontaneamente? Logicamente, era alla faccia inferiore del fegato che doveva ubicarsi ed ammettere che per aderenze contratte con gli intestini (colon) erasi poi eliminata attraverso questi. Questa sede spiegava anche la compressione delle vie biliari, che diedero l'ultimo ittero intenso con acolia intestinale totale e permanente. Le condizioni dell'inferma aggravarono sempre più, e dopo tre giorni morì.

All'autopsia (consentita parzialmente dai parenti) si è constatato quanto segue:

Aperto l'addome, viene fuori una discreta quantità di liquido leggermente ematico; ma quello che colpisce la nostra attenzione è lo enorme ingrandimento del fegato, a carico di tutti e due i lobi. La sua superficie si presenta come marmorea, con dei rilievi e bozzellature, che nei tagli danno fuoriuscita di pus. Questi focolai sono diffusi su tutta la superficie dei due lobi. L'esame della cistifellea, mostra la presenza di due piccoli calcoli, faccettati, lisci; cistico e coledoco sono dilatati. Al taglio si mostrano ispessiti, contenenti bile purulenta; non si trovano ad una accurata esplorazione calcoli di sorta. I colon erano liberi, così pure il tenue. Assenza di lesioni pericolecistitiche. Scorrendo la superficie convessa del fegato nel lobo destro, nella sua porzione posteriore e precisamente nella porzione compresa tra le pagine del legamento coronario, si nota una escavazione della forma di un grosso limone, come uno stampo da cui si intuisce facilmente che si è staccata quella sacca eliminata dalla paziente quando era in vita. Questa cavità, che presenta del pus, si spinge sino al duodeno che si mostra perforato: questa evidentemente è la via che ha seguito la cisti staccatasi dalla sede d'impianto. La diagnosi anatomica quindi era di: litiasi biliare, cisti di echinococco suppurata della parte postero-superiore del fegato, angiocolite suppurata secondaria, epatite suppurativa diffusa.

Le cisti idatiche, le quali non sono direttamente esplorabili, non presentano che segni o assai difficili ovvero, e ciò è spesso, rimangono assolutamente silenti finchè il loro contenuto non suppura o non si rompe la cisti. La malattia idatica non ha nè segni funzionali, nè segni generali ed ancor meno segni biologici sicuri, propri. Un buon criterio per la diagnosi di ciste da echinococco è l'osservare il rapporto tra i fatti locali ed i fatti generali. Infatti l'aumento di volume del fegato, anche enorme, e la conservazione delle buone condizioni generali dell'individuo, indirizzano verso la diagnosi di cisti di echinococco. Questo criterio non suole fallire mai, perchè nei casi di epatomegalia per neoplasia, degenerazione amiloide o gomma, gli ammalati ne risentono sempre nello stato generale.

Masselot et Bloch (1) riferiscono dei casi clinici di cui uno è importante. Trattavasi di un uomo di anni 24 che rapidamente viene colto da vivi dolori all'epigastrio, accompagnati da vomiti alimentari. L'indomani presenta altra crisi, ma di minore intensità. Obbiettivamente riscontrava una contrattura e difesa alla regione sopraombellicale, mentre la zona sottostante, era trattabile.

Si pensa a peritonite incistata sottoepatica da perforazione da ulcera gastrica e duodenale latente. All'apertura dell'addome, notarono fuoriuscita di piccola quantità di liquido chiaro, leggermente tinto di sangue. Nulla notarono nello stomaco, nel duodeno, nelle vie biliari.

Esaminando la faccia inferiore del fegato, notarono una tumefazione fessurata al lobulo di Spigelio.

La puntura diede un liquido acqua di rocca. Trattavasi di una cisti idatica, la quale era stata perfettamente silente, e che, senza alcun trauma, si era fessurata, dando luogo ad una sindrome clinica di una perforazione di un organo digestivo. Il caso è assai istrut-

(1) MASSELOT et BLOCH. Journal de Chirurgie, 1930.

tivo, perchè oltre a mostrare il decorso silente delle cisti, mostra anche, come senza alcuna causa spiegabile, la cisti possa, improvvisamente dare luogo ad una coorte di sintomi abbastanza gravi, indirizzando per una diagnosi di una certa gravità.

La sintomatologia della nostra paziente deponeva nettamente per un'affezione epatica e delle vie biliari e particolarmente per una forma calcolotica. Il dolore, per la sua forma e per la sua sede, l'ittero che accompagnava la colica, la febbre, non potevano far pensare ad altro. Non si poteva nè pensare nè sospettare una malattia da cisti idatidea, in quanto nessun elemento deponeva per questa malattia, neanche gli esami di laboratori per quanto questi nella fase ultima di degenerazione e setticità della cisti, potevano mancare. Come spiegarci allora il reperto di autopsia con la sindrome clinica avutasi? Senza dubbio la nostra ammalata era portatrice di una formazione cistica di natura idatidea, avente sede nella porzione postero-superiore del fegato. Per la sede, dirò che il caso nostro si allontanava dalla norma. Lo studio della ubicazione della cisti, da echinococco epatica, nella maggioranza dei casi ce la mostra a carico della superficie convessa e superiore dell'organo, con sviluppo antero-superiore in modo da essere bene ubicata ed aggredibile dalla parete anteriore dell'addome. L'arcata costale, secondo alcuni autori, verrebbe ad ostacolare lo sviluppo postero-superiore della ciste.

La nostra paziente viceversa presentava una cisti nel lobo destro del fegato, nella sua porzione postero-superiore, fra le due pagine del legamento coronario, e si diffondeva in pieno parenchima epatico. Tale cisti fu silente per parecchio tempo, senza provocare alcun disturbo. E dico per molto tempo, perchè la superficie del fegato mostrava una vera escavazione, come uno stampo della cisti, che certamente non era di recente formazione. La cisti non diede alcun disturbo sino a quattro mesi addietro, epoca in cui per la prima volta l'inferma soffrì un attacco di colica accompagnato da ittero.

Questa colica dovette essere determinata con molta verosimiglianza da calcolo, che occluse anche il coledoco, dando ittero e ristagno nel fegato e con la probabile eliminazione di esso, si ebbe la scomparsa dell'ittero. Questa sindrome clinica è propria della calcolosi, non potendo con la cisti, di qualsiasi natura, spiegare una tale sintomatologia. Una cisti può dare ittero per compressione, ma in tal caso è un ittero persistente, progressivo. A prescindere poi che l'occlusione non calcolosa di solito non dà dolore, non dà febbre, due sintomi che la nostra inferma invece presentava. L'inferma migliorò da questo attacco e potè riprendere le sue abituali occupazioni. A distanza di quattro mesi fu colpita da nuova colica e questa volta con caratteri più violenti, inoltre, tumefazione alla regione epatica, temperatura elevata, ittero totale, sintomi che aggravarono così le condizioni dell'inferma da non poter ricorrere ad una radiografia. Come spiegare la complessa fenomenologia di questo secondo attacco? La cisti idatidea, silente per parecchio tempo, sviluppatasi in pieno parenchima epatico, si era estrinsecata sino al duodeno e per fatti degenerativi tanto periferici che endocistici, aveva determinato, oltre che la compressione delle vie biliari, anche un'angiocolite suppurata. Il pericolo delle cisti idatidee è appunto la suppurazione ed anche le parti vicine alla ciste, possono essere compromesse al punto da derivarne una rottura in un organo cavo che è situato in prossimità. Perforato il duodeno, la sacca alterata nella sua parete, già scollata dalla nicchia epatica, ha trovato mezzo di svuotarsi con il suo contenuto attraverso la via intestinale. La degenerazione della ciste, che arrivò a determinare la perforazione del duodeno, fu l'inizio della seconda colica, la quale non diede il dramma addominale, perchè interessava quella porzione del duodeno che è estraperitoneale, come si costatò al reperto di autopsia. L'ittero, oltre che per la compressione delle vie biliari, era mantenuto dall'angiocolite suppurata. Questa ha avuto origine dall'ostruzione delle vie biliari, aggravata dalla degenerazione della cisti. La suppurazione rapidamente propagata ai fini condotti, ha determinato la formazione di ascessolini miliarici diffusi e per conseguenza l'ittero non scomparve nè diminuì, con l'emissione della ciste.

Il caso presente si prestava benissimo alla diagnosi banale di colelitiasi e malgrado degli autori abbiano cercato di trovare in certi punti della sintomatologia, qualche elemento di diagnostica differenziale con le affezioni idatidee, ritengo che questi dati non abbiano nulla di costante e tanto meno di caratteristico. L'orticaria, l'età, il sesso sono segni rivelatori che spesso ingannano o mancano. Può essere di guida alle volte il fatto che l'infermo proviene da posti ove l'infezione idatidea è particolarmente frequente. Un sintomo che avrebbe potuto farci escludere la litiasi, poteva essere l'ascensione del limite superiore

dell'ottusità epatica che difficilmente viene riscontrato nelle affezioni calcolose, mentre suole essere relativamente frequente nei casi di affezione cistica o di cisti aperte nelle vie biliari, secondo alcuni autori.

Il caso nostro è assai istruttivo perchè mostra la sede non tanto frequente di localizzazione idatidea; porta inoltre un contributo allo studio di quelle forme che silenti in una prima fase, sono mascherate poi da una sintomatologia che ne devia nettamente la diagnosi; infine per la presenza contemporanea di litiasi e cisti idatica. Tutto ciò mostra ancora di più quanto sia difficile la diagnosi esatta nelle affezioni dell'ipocondrio destro e come tutti i sintomi che vengono descritti e giudicati come sicuri per un dato indirizzo diagnostico, possono in certe date contingenze mentire.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce un caso nel quale la sindrome clinica era incerta per la complicanza della cisti di echinococco a sede non comune. Porta inoltre un contributo allo studio di quelle forme di cisti idatidee che sono silenti in una prima fase e che sono mascherate da una sintomatologia la quale devia la diagnosi.

Clinica Pediatrica della R. Università di Roma.
Direttore prof. L. SPOLVERINI.

Sull'iperplasia del fegato nelle cisti di echinococco.

Dott. M. FABERI, aiuto vol.

L'argomento della cisti di echinococco nel fegato dei bambini è stato ormai perfettamente studiato, e si conoscono bene i quadri clinici offerti dai varii tipi di sviluppo nelle differenti porzioni dell'organo.

La nostra attenzione si è tuttavia volta alle cisti intraepatiche propriamente dette, perchè, da un caso recentemente osservato, abbiamo avuto opportunità di rilevare qualche dato clinico non del tutto accordantesi con le comuni vedute in proposito.

Si tratta di una bambina di 10 anni. Z. Ida, da Monte Romano, ricoverata in clinica il 10 novembre 1929. Dall'anamnesi si apprende che ambedue i genitori sono viventi e sani; la madre ebbe 3 gravidanze a termine, di cui una con aborto di mesi 3. Dei figli, uno morì a 3 mesi di età in seguito a disturbi enterici, e l'altro gode di ottima salute. Anche il gentilizio materno e paterno è immune.

La bambina nacque a termine, da parto eutocico, e fu allevata al seno materno per un anno circa; i primi denti spuntarono a 12 mesi, e la deambulazione si iniziò prima di quest'epoca. Ha sofferto recentemente di morbillo e di angina con pseudomembrane, per la quale furono praticate anche iniezioni antidifteriche.

Nel mese di aprile 1929 i genitori si accorsero che la bambina presentava modico colorito itterico delle sclere e della cute, mentre le urine venivano emesse di colore scuro e le feci sbiancate. In seguito a somministrazione di lassativi e di preparati ricostituenti l'ittero scomparve nello spazio di un mese. In questo periodo, tuttavia, un sanitario che ebbe a visitarla riscontrò un modico ingrandimento del fegato, e sembra che, in seguito, tale epatomegalia sia stata periodicamente controllata, non presentando però modificazioni notevoli. La bambina, inoltre, non ha avuto manifestazioni morbose di altro genere, nè il suo stato generale ha eccessivamente sofferto.

Viene condotta alla visita ambulatoria della clinica e trattenuta, per l'abnorme stato del fegato.

L'e. ob. dà il seguente reperto: aspetto sofferente. Nutrizione generale scadente, con grado modico di emaciazione. Cute pallida, elastica e sottocutaneo scarso. Non eruzioni nè edemi.

Nelle varie stazioni linfatiche si palpano numerose piccole ghiandole, dure, spostabili. Temperatura 36°,8; polso 84; respiro 30; peso 19.300. Il torace è di forma regolare, un poco svasato alla base destra, posteriormente. Nulla di patologico a carico dei polmoni e del cuore.

L'addome è di forma piuttosto globosa, più sporgente nel quadrante sup. destro, specie in prossimità della cicatrice ombelicale. Assenza di reticolo venoso. Modico meteorismo diffuso e assenza di dolenzia alla palpazione profonda.

Il fegato appare notevolmente ingrossato. In alto si delimita alla V costola sull'emiclaveare; il lobo destro raggiunge in basso i seguenti livelli: sull'ombelicale, a 3 cm. al disopra della cicatrice ombelicale; sulla pararettale, a 3 cm. al disotto dell'ombelicale trasversa; sull'ascellare posteriore, la cresta iliaca. Il lobo sinistro, che in alto si delimita alla VII costola, giunge in basso a 3 cm. dall'ombelicale trasversa, sulla mammillare, e ad 1 cm. e mezzo sulla pararettale.

La palpazione fa rilevare una consistenza notevolmente aumentata di tutta la massa epatica, che acquista durezza lignea in corrispondenza dell'unione tra lobo sin. e d., ove sembra esistere una massa più compatta, deforme. La superficie del fegato è irregolare, scabra, specialmente sulla massa sopradescritta, e si palpano piccoli rilievi semisferici, duri, della grandezza variabile da quella di capocchie di spilli a quella di piccoli piselli. Con la palpazione profonda non si suscita che modica dolenzia, e non si provoca nè fluttuazione nè fremiti. Il margine epatico è poi tagliente, duro, irregolare, con profonda incisura sulla linea xifo-ombelicale. Gli atti respiratori fanno spostare tutto l'organo, compresa la massa più dura descritta.

La loggia renale destra appare libera.

La milza si delimita in alto al 9° spazio sull'ascellare ant., e in basso deborda circa un dito dall'arco, a consistenza alquanto aumentata, a margine arrotondato.

Nulla di patologico a carico del sistema nervoso, dell'apparato locomotore e dei genitali esterni.

Esami clinici praticati: Urine: assenza di elementi patologici; si nota solamente presenza di piccola quantità di urobilina.

Sangue: Gl. R. 3.400.000, Hb. 80, V. G. 0,85, Gl. B. 15.800 (neutr. 80, eos. 8, linf. 2, gr. mon. 10). Cutireazione: debolmente positiva.

Azotemia (a digiuno) 0,45:1000; glicemia 0,95 per mille; urea 28:1000.

R. W. nel sangue della bambina e dei genitori: negativa.

Reaz. di Ghedini-Weimberg (0,30-0,60 liq. cistico): negativa.

Esame radiografico: Nulla a carico dei polmoni, cuore, e grossi vasi; il diaframma è alla stessa altezza da ambedue i lati, e l'ombra epatica occupa la regione mediana dell'addome.

Durante la degenza in clinica si nota costantemente apiressia.

Le feci sono emesse sempre ben colorate, e lo stato generale resta soddisfacente.

Una ulteriore misurazione dei diametri del fegato, praticata un paio di settimane dopo l'ingresso in clinica non fa notare variazioni apprezzabili delle cifre sopra riferite. I caratteri fisici dell'organo permangono pure inalterati.

Dal complesso di tutti questi dati, il problema diagnostico che ci si proponeva non appariva di rapida e facile soluzione.

Se infatti il decorso clinico permetteva di eliminare numerose affezioni, capaci di indurre nel fegato un ingrandimento così notevole, e le ricerche cliniche eseguite corroboravano tale processo di eliminazione differenziale, i caratteri peculiari dell'ingrandimento stesso ponevano sulla bilancia altre possibilità diagnostiche, d'importanza essenziale per il giudizio prognostico e curativo che ne derivava.

Furono così escluse: le forme di anemia e di leucemia, la malaria, la leishmania e il morbo di Gaucher, che hanno di comune un ingrandimento totale della massa epatica, con reperto ematologico però caratteristico e particolari decorsi clinici; la tubercolosi, per l'età della malata, il suo stato generale, l'assenza di altri focolai, e, sopratutto, la consistenza speciale dell'organo; la sifilide per la negatività dell'anamnesi e delle reazioni sierologiche; il fegato amiloide e il grosso fegato da stasi, per l'assenza di nesso causale; la cirrosi ipertrofica di Hanot, per la mancanza dell'ittero e delle poussées febbrili.

L'attenzione si rivolse quindi piuttosto alla possibile esistenza di un neoplasma primitivo dell'organo, di natura cistica, parassitaria, o di natura maligna.

A favore della cisti da echinococco militava l'andamento non troppo rapido della malattia, congiunto ad uno stato generale non eccessivamente deperito, e la modica eosinofilia riscontrata nel sangue.

Prescindendo tuttavia dalla negatività della reazione di Ghedini-Weimberg, si restava perplessi di fronte al carattere semeiologico di un fegato ingrossato notevolmente, ma di consistenza durissima, addirittura lignea in alcune sue porzioni, e, quello che più importa a superficie scabra, irregolare, caratteri questi propri appunto dei neoplasmi maligni dell'organo.

Ora è risaputo, e tutti i trattati vi insistono, che nelle cisti d'echinococco intraepatiche, come eventualmente avrebbe dovuto trattarsi, il fegato può presentarsi ingrossato in toto e di consistenza molto aumentata, ma la sua superficie si conserva liscia, regolare, senza modificazioni di forma.

Volemmo comunque approfondire ulteriormente le nostre indagini, e praticammo l'intradermo-reazione alla Casoni (0,20 liq. cistico), ottenendo allora una netta reazione positiva precoce dopo 10 m', confermata nei controlli successivi.

Basandoci quindi, ripetiamo, sul decorso clinico dell'affezione, e sullo stato generale della malata non eccessivamente compromesso, nonchè su questo ultimo dato, ponemmo diagnosi di: cisti da echinococco del fegato, e trasferimmo la malata il 27 novembre al 2° Padiglione Chirurgico del Policlinico.

L'atto operatorio, protratto al 20 gennaio 1930 a causa di una mastoidite acuta intercorrente, fu eseguito dal primario prof. Margarucci, e ne riferiamo l'andamento.

Laparotomia mediana xifo-ombelicale. Si trova una grossa cisti intraepatica del lobo destro, del volume di circa 1200 cmc., situata medialmente alla cistifellea, e sporgente massimamente nell'ilo, in piccola parte sulla faccia convessa.

Puntura esplorativa: liquido chiaro, trasparente. Svuotamento parziale ed iniezione di circa 100 cmc. di alcool iodato. Svuotamento del liquido residuale; ampliamento della piccola apertura fatta dal trequarti (cm. 3); prosciugamento del cavo e trattamento delle pareti all'alcool iodato 1:1000; lavaggio con pezze intrise. Sutura a borsa, con catgut, del pericistio e affondamento. Sutura a 3 piani dell'incisione laparotomica. Decorso postoperatorio regolare.

L'aspetto dell'organo, all'apertura dell'addome, è il seguente: parenchima epatico fortemente iperplasico; tutta la superficie si presenta uniformemente e finamente granulosa.

Nel gennaio 1931, a distanza quindi di 1 anno dall'operazione, la bambina viene rivisitata. Il suo stato generale appare ottimo; il fegato deborda appena dall'arco costale, nelle profonde inspirazioni, la sua superficie è perfettamente liscia e la consistenza normale, con bordo tagliente e regolare.

L'interesse speciale di questo caso è dato, come si rileva dalla descrizione, dai caratteri fisici assunti dalla ghiandola epatica, i quali

si allontanano nettamente da quelli descritti nei manuali didattici e nelle monografie sull'argomento.

In una delle più recenti e complete tra queste, pubblicata dal Vitetti, e basata sopra uno studio di 34 casi, si insiste ad esempio, parlando delle cisti intraepatiche propriamente dette, sul carattere della superficie dell'organo, la quale rimane liscia, regolare, senza modificazioni di forma, indipendentemente dall'ingrandimento in toto e dall'aumento della consistenza.

Nè ci è stato possibile di trovare, negli altri lavori consultati, accenni al fatto sul quale insistiamo.

Solo il Cardarelli, in una delle sue magistrali lezioni, parla della possibilità che il fegato alteri la sua forma normale a causa della cisti di echinococco, tanto da far propendere per altra diagnosi. Ma si tratta, in questo caso, di evenienza morbosa ben diversa da quella da noi considerata, vale a dire di ciò che l'A. chiama con l'appellativo di: « cisti latente o non esplicata ». Le varie parti della cisti, cioè, affiorirebbero sulla superficie del fegato in maniera irregolare, in guisa che « è una parte che prima si esplica e forma in un certo punto una bozza; e dopo è un'altra parte della cisti che si esplica, e dopo ancora un'altra; e tra una parte e l'altra della cisti che si è esplicata restano parti ancora nascoste dal parenchima epatico, ed allora a queste parti di cisti non esplicate corrispondono degli avvallamenti, ed a quelle esplicate delle bozze ».

Anche nell'interessante ed ampia monografia di Vegas e Cramwell si fa cenno alla possibilità che il fegato alteri la sua configurazione a causa della cisti; ma qui pure l'evenienza è ben diversa dalla nostra, in quanto si tratta delle cisti multiple nodulari, la cui diagnosi tanto facilmente va confusa con quella di cancro nodulare dell'organo, come era accaduto ad esempio nei casi molto dimostrativi di Gouguenheim e di Segon.

Il nostro caso dunque, riepilogando, costituisce un esempio delle abnormi condizioni che possono presentarsi nei confronti di quadri clinici classici, per le quali talora si può essere fuorviati dalla retta diagnosi.

Resterebbe ora a parlare brevemente dell'interpretazione patogenetica da darsi a questo singolare stato del fegato; ma a tale scopo fa difetto la dimostrazione istologica del tessuto epatico che era sede della alterazione descritta.

Comunque è indiscusso, perchè ai dati dell'esame fisico si associano quelli rilevati all'atto dell'intervento, che la superficie del fegato, nel nostro caso, era sede di una iperplasia diffusa, che gli conferiva un aspetto irregolare e granuloso.

Ora, la possibilità che il fegato, in date condizioni morbose, vada incontro a processi iperplasici di una sua porzione o della sua totalità, è un fatto ben accertato scientificamente.

Reperti di ipertrofia e iperplasia compensatoria si possono così istituire nel fegato, relativamente a perdite di sostanza parenchimale, in vario modo determinate, tra le quali è da annoverarsi l'atrofia da compressione (Parodi).

Nel caso quindi di una cisti di echinococco che si sviluppi nel centro dell'organo, è logico ritenere che, atrofizzandosi il tessuto epatico nelle vicinanze del focolaio morboso, si abbiano iperplasie compensatorie, talora considerevoli, in altre parti (Fabris).

Il Ponfick descrive, a tale proposito, 6 casi di echinococco del fegato, in cui i lobi non colpiti dal parassita mostravano fatti di iperplasia rigenerativa, e Dürig notò lo stesso fenomeno in altri 17 casi.

Interessante anche l'osservazione di Reinecke, il quale, in una donna di 31 anni, operata per cisti di echinococco del lobo epatico destro, notò che la porzione di questo non distrutta dal parassita aveva un aspetto irregolare, a piccoli nodi, corrispondenti microscopicamente a fatti di iperplasia lobulare.

Anche le ricerche sperimentali eseguite sugli animali da Ponfick e da Podwyssozky, nonchè quelle di v. Meister, hanno del resto stabilito che la rigenerazione dell'organo, in seguito ad insulti meccanici di varia natura, ha luogo non con formazione di nuovi lobuli, bensì con l'ingrandimento di quelli preesistenti, per mitosi cellulare, limitata a territori più o meno grandi, o diffusa a tutto il resto dell'organo.

Naturalmente, sulle modalità secondo le quali si stabiliscono nel fegato i processi progressivi di compenso hanno influenza notevole il modo, il tempo e il decorso secondo i quali si istituiscono i processi distruttori che indirettamente li determinano (Parodi).

Inoltre, nel caso nostro, trattandosi di una bambina, sembra che non sia da trascurare un altro elemento importantissimo, favoritore di tali processi, e rappresentato dalla maggior capacità reattiva che il fegato ha appunto nell'età infantile.

Tale organo infatti, come fa rilevare il Mya in un suo magistrale lavoro sulle alterazioni della funzione nutritizia, è nel neonato più voluminoso che nel lattante, e nel lattante più che nel bambino di maggiore età. Ma il mag-

gior volume dell'organo è dovuto a maggior ampiezza e ricchezza vascolare, anzichè a maggior superficie dell'elemento ghiandolare.

Man mano che la vita procede, i capillari sanguigni divengono più ristretti, il connettivo si riduce, e la superficie parenchimale si fa più abbondante di prima.

Considerato dunque un simile stato anatomico e fisiologico peculiare del fegato infantile, ci sembra che più facile resti la comprensione del processo patologico verificatosi nel nostro caso.

La grossa cisti, sviluppatasi in pieno parenchima epatico, avrebbe infatti da un lato distrutto parte del tessuto, e dall'altro lato eccitata la parte residua, con la resultante di una iperplasia compensatoria di grado tanto alto, da alterare anche i caratteri fisici grossolani.

Il diffondersi di tale iperplasia alla quasi totalità del fegato, troverebbe la sua spiegazione facilitata appunto dal fatto del rappresentare tale organo nell'età infantile una disposizione attivissima ai processi produttivi.

Che infine siasi trattato di iperplasia unicamente funzionale e compensatoria, appare sufficientemente provato dal controllo eseguito a distanza di un anno, per il quale il fegato mostrò di avere recuperato la sua forma e la sua grandezza normali.

RIASSUNTO.

Viene descritto un caso di cisti di echinococco intraepatica, in cui la superficie del fegato aveva assunto consistenza lignea, con irregolarità palpabili e diffuse, sì da mentire processo morboso di altra natura. Viene discusso tale abnorme comportamento, che è messo in relazione a fatti di iperplasia della porzione dell'organo non distrutta, a causa di un conseguente processo rigenerativo.

BIBLIOGRAFIA.

Vitetti G. La Pediatria, XXXVIII, 22, 1930.

Cardarelli A. *Lezioni sulle mal. fegato e vie biliari*, p. 179. V. Pasquale, Napoli.

Vegas H. e Granwell D. J. *Los quistes hidatídicos.* Buenos Aires, 1901.

Gouguenheim. Soc. Anatomique, 1865.

Segon. Citato da Duplay e Reclus: *Traité de Chirurgie.*

Parodi. *Trattato Anat. Pat.* Foà, Torino, vol. XII.

Fabris. Ibid., vol. I, p. V.

Ponfick. Festschrift. d. Assist. f. Virchow, 1891.

Dürig. Inaug. Dissert., München, 1892.

Reinecke. Ziegler Beitr., XXIII, p. 238.

Ponfick e Padwyssozky. Ibid., I, 1886.

v. Meister. Ibid., XV, 1894.

Mya. Riv. Clin. Ped., IV, 1906, fasc. 5.

Sezione Chirurgica dell'Ospedale G. B. Morgagni in Forlì

diretta dal prof. Sante Solieri

Sulle cisti da echinococco della milza

per il dott. Gino Moro, aiuto.

L'esperienza clinica sull'echinococco splenico, abbastanza matura per permettere il più delle volte una diagnosi di certezza o di grande probabilità quando la cisti ha raggiunto uno sviluppo fisicamente apprezzabile, insegna che è sempre ad una anamnesi e ad un esame obiettivo accurati che bisogna ricorrere per giungere alla mèta, non trascurando l'applicazione delle principali ricerche di laboratorio alle quali però mai deve essere sottomesso il logico criterio clinico.

Quantunque sia ormai grande il numero dei casi descritti di cisti idatidea della milza, pure la rara localizzazione in confronto a quella degli altri organi, la varietà della sintomatologia, i risultati ottenuti con diverso trattamento chirurgico, conferiscono importanza ad ogni nuovo contributo casistico.

Osservazione I. — *Storia clinica*: *Generalità*: R. S., casalinga, di anni 48, da Forlì, maritata. Entra in ospedale il 17 maggio 1921.

Anamnesi: Nulla nel gentilizio e nell'anamnesi personale remota. Da cinque anni si era accorta della presenza di un piccolo tumore sotto l'ipocondrio sinistro. Tale tumore, che non aveva arrecato da prima alcun patimento, era andato gradatamente aumentando di volume sino a raggiungere quello riscontrato all'esame obiettivo. Negli ultimi tempi l'ammalata aveva cominciato a soffrire per ambascia respiratoria e, dopo i pasti, per intenso dolore all'epigastrio accompagnato spesso da vomito alimentare. A questo aggiungevasi un dolore gravativo alla regione dorso-lombare sinistra accentuantesi nell'inspirazione e tale da costringere l'ammalata ad incurvare il tronco sul lato sinistro e in avanti. Per questi disturbi si decise ad entrare in Ospedale.

Esame obiettivo: Individuo di robusta costituzione fisica; roseo il colorito della pelle e delle mucose visibili; scarso il pannicolo adiposo; masse muscolari atrofiche; conformazione scheletrica normale. Non si palpano glandule.

Le due metà del torace sono asimmetriche essendo più svasata quella di sinistra. La papilla mammaria sinistra appare più elevata di quella di destra.

Nulla di rimarchevole all'apparato respiratorio.

Margine polmonare a sinistra risalito. Così pure l'aia cardiaca. Il primo tono sulla mitrale è accompagnato da soffio debole e superficiale.

All'addome l'ispezione fa constatare uno sfiancamento bene apprezzabile dell'arco costale sinistro sotto il quale protunde una tumefazione voluminosa, poco mobile durante la respirazione.

Alla palpazione si rileva una massa delle dimensioni di una grossa testa di adulto, liscia e fluttuante, quasi indolente, che si spinge svasandosi in alto sotto l'ipocondrio e che, seguita in

basso, dà sensazione di un margine anteriore inferiore smusso e indurito, fornito di un'incisura. Il tumore non è ballottabile e quasi affatto spostabile. Non dà fremiti. Alla percussione l'aia splenica è compresa nei limiti del tumore. Il fegato non appare ingrandito.

Minzione ed alvo normali. Media della temperatura ascellare 37°, dei respiri 22, dei polsi radiali 78 al minuto.

Esami di laboratorio.

Intradermoreazione del Casoni intensamente positiva (D, liquido idatideo, S, soluzione fisiologica).

Esame del sangue: Hb 70; G. R.: 4.728.000; G. B. 8400. Rapporto: 1562; Valore globulare 0,47.

Formula leucocitaria: Polinucleati neutrofili 58 %. Basofili 1 %. Eosinofili 14 %. Mononucleati grossi 5 %. Linfociti 20 %. Forme di passaggio 2 %. Non leucociti patologici.

Siero-reazione del Wassermann: negativa.

Esame delle urine: negativo.

Cuti-reazione alla tubercolina: negativa.

Diagnosi: La mobilità respiratoria se pur scarsa del tumore e la sua forma col margine inferiore smusso e fornito di incisura condussero alla localizzazione splenica, sede elettiva dei tumori dell'ipocondio sinistro. Il rene fu escluso per la mancanza del ballottamento e per la conformazione della massa che lasciava libera la regione lombare corrispondente. Così anche un neoplasma a carico dell'angolo splenico che avrebbe avuto risentimento sulla funzione intestinale.

Per i precedenti, per il decorso, per l'esame ematologico furono scartati il paludismo, il *tumor mali moris* e le varie forme splenomegaliche del sangue.

La diagnosi clinica di cisti fu raggiunta per il carattere fluttuante della tumescenza, per l'apiressia e per il lungo decorso di quattro anni in ottime condizioni generali, senza dolore. Esclusa pure la cisti ematica anche per l'assenza di traumi e per il criterio della rara frequenza fu preso in tutta considerazione l'echinococco al quale inducevano l'eosinofilia e la positività della *Casoni.*

Operazione: 1-VI-21 (prof. Solieri).

Anestesia morfio-eterea. Mediante laparotomia lunga trasrettale sinistra vien messa in evidenza una tumescenza cistica grande come una testa di adulto elevantesi nella loggia sub-frenica, di color bianco tendineo che, punta con un tre quarti, previo opportuno isolamento, dà esito a litri quattro di liquido idatideo.

Chiuso l'orifizio con una pinza di Mac O' Klintock, per l'afflosciamento delle pareti, è possibile rilevare che la milza è situata al polo inferiore della cisti e fa corpo con essa. Nel parenchima splenico si vedono altre cisti di minor volume.

Si procede perciò alla splenectomia: sezionate tra due legature varie aderenze epiploiche, si esegue tosto, mediante l'ago di Dechamps, l'allacciatura in seta dell'arteria splenica vicino all'ilo dell'organo per ottenere riduzione del viscere mercè il discarico di sangue. Dopo di che si procede alla sezione dei restanti elementi del peduncolo previa allacciatura frazionata con grossi fili di catgut. Resta in ultimo la liberazione del polo superiore che si presenta assai difficile per aderenze tenaci alla cupola diaframmatica. L'isolamento, riesce soltanto col distacco di lembi di peritoneo parietale. Particolare cura fu data alla sezione dei vasi brevi gastrici ed ai rapporti saldamente stabiliti col lobo sinistro epatico. L'ultima ispezione eseguita alla loggia vuota residua portò all'emostasi completa ed alla peritoneizzazione per quanto possibile. Sutura a strati della parete addominale senza drenaggio.

L'esame del pezzo asportato dimostrò una grande cisti idatidea senza vescicole figlie al cui polo inferiore era situata la milza ipertrofica e friabile. Altre numerose cisti superficiali ed intra-spleniche furono messe in evidenza al taglio dell'organo.

Decorso postoperatorio normale. In nona giornata vengono tolti i punti. In quindicesima l'operata lascia il letto ed il 20-VI-21 è dimessa dall'ospedale. Riveduta poi dopo due anni godeva ottima salute.

Essendo esatte le ricerche bibliografiche la descritta splenectomia sarebbe la undicesima eseguita in Italia per cisti da echinococco e seguirebbe precisamente a quella compiuta dal Taddei (12ª è quella del Monzardo in data 11 marzo 22 e 13ª quella del Cavina in data 23-VII-24).

OSSERVAZIONE II. — *Storia clinica*: *generalità*: S. S., di anni 41, di Mercato Saraceno, casalinga, maritata. Entra in ospedale il 14-8-29.

Anamnesi: padre deceduto a 71 anni per carcinoma gastrico. Madre sofferente per venti anni di calcolosi urinaria, morta sessantacinquenne per cardiopatia. Un fratello e tre sorebbe deceduti in tenera età per malattia imprecisabile. Ha vivente una sorella madre di figli sani, soggetta ad attacchi di artrite reumatica.

Nata a termine di parto normale, allattata al seno materno. Mestruata regolarmente. A 19 anni ha sofferto di pleurite essudativa sinistra e di peritonite: fu curata con iodio, arsenico e ferro.

Ventiduenne fu operata di annessiectomia bilaterale ed appendicectomia per ooforo-annessite suppurata con partecipazione del vermio. La paziente risentì benevolmente dell'intervento chirurgico tanto che crebbe molto di peso ed andò sposa, amenorroica, all'età di 32 anni a uomo bronchitico cronico, in misere condizioni di abitazione ed in quotidiana comunanza con animali domestici (cane e gatto).

La malattia in esame ebbe graduale inizio un anno dopo il matrimonio con senso di oppressione all'ipocondrio sinistro e dolore alla spalla corrispondente, esacerbantesi alla fine dell'inspirazione; fu curata come pleuritica con iodio e ricostituenti e fu anche inviata al mare nel 1924.

Le sue buone condizioni generali cominciarono però a decadere nel 1927, quando fu colta da anoressia, nausee e da frequenti accessi dolorosi al fianco sinistro dopo i pasti e dopo prolungata stazione eretta, accompagnati da conati di vomito e dispnea.

Dal 1928 fu prostrata da gravi metrorragie per cui subì anche raschiamento uterino. Dallo stesso anno non le fu più possibile il decubito laterale sinistro (Trinkler).

Pochi giorni prima di essere ammessa in ospedale ebbe urticaria e da un mese si era accorta di febbricola serale.

Alvo non infrequentemente diarroico.

Esame obiettivo: L'ammalata giace a letto assisa, il colorito pallido, emaciata; di media costituzione fisica; la cute arida, sollevabile in pliche alte e sottile. Masse muscolari ipotoniche. Con-

formazione scheletrica normale. Peso corporeo kg. 70. Non glandule palpabili.

L'esame dell'apparato respiratorio dimostra i segni di versamento pleurico libero a sinistra sino a livello della sesta costa sulla scapolare posteriore.

Aia cardiaca spostata in alto; itto della punta al quarto spazio, all'interno dell'emiclaveare. All'ascoltazione della mitrale si nota il primo tono oscuro e leggermente soffiante.

Evidente il reticolo venoso sottocutaneo della regione ipocondriaca sinistra.

Alla palpazione, al di sotto dell'arco costale sinistro che è molto sfiancato, si avverte il limite inferiore d'una tumescenza allungata, disposta parallelamente all'arcata costale dalla quale deborda per dirigersi verso la linea mediana con un margine arrotondato e duro, provvisto di un'incisura.

FIG. 1.

Il tumore è di volume enorme, più che una testa di adulto, di consistenza dura-elastica, dolente, a superficie liscia e dà la sensazione della fluttuazione. Non fremiti. Nella inspirazione scende al disotto della spina iliaca antero-superiore; non è spostabile nei diversi decubiti, nè con manovre esterne. Non ballottabile alla palpazione bimanuale (fig. 1).

Alla percussione l'aia di ottusità splenica risulta ingrandita confondendosi in avanti con l'ottusità epatica, in alto con l'ottusità del versamento pleurico, in basso il limite corrisponde al margine inferiore del tumore rilevato alla palpazione.

Il fegato non deborda. Lo stomaco è ptosico e spostato a destra.

Media della temperatura ascellare 37°,3. Dei respiri 24, dei polsi radiali 80 al minuto.

Esami di laboratorio.

Intradermoreazione del Casoni positiva.

Esame del sangue: Globuli rossi 2.547.000. Globuli bianchi 4000. Emoglobina 80. Valore globulare 1,60.

Formula leucocitaria: Polinucleati neutrofili 70 %. Basofili 1 %. Eosinofili 17 %. Mononucleati grossi 7 %. Forme di passaggio 3 %. Linfociti 2 %.

Reazione di Wassermann negativa.

Esame delle urine negativo.

Cutireazione alla tubercolina positiva.

L'esame del liquido pleurico estratto mediante puntura esplorativa nel settimo spazio dimostra essudato quasi limpido, di color citrino, con sedimento ricco di leucociti polinucleati fra i quali molti gli eosinofili (20 %). Non si osservano globuli rossi.

Esame radiologico (dott. Borelli). Stomaco ed intestino esenti da qualsiasi lesione organica intrinseca. Peristole e peristalsi e svuotamento gastrico normali.

FIG. 2.

Si osserva invece uno spostamento mediano dello stomaco (fig. 2) che si trova disposto verticalmente a livello della linea xifo-ombellicale e dei fatti ben evidenti di compressione estrinseca esercitati sulla grande curvatura del fondo e corpo gastrico.

La cupola diaframmatica sinistra è notevolmente più alta della destra e l'angolo splenico del colon è ricacciato in basso all'altezza della prima vertebra lombare.

Gli spostamenti sopra citati non possono essere dati da una massa neoformata a carico della coda del pancreas perchè la compressione proviene eccessivamente da sinistra e si esercita solo sulla grande curvatura gastrica.

Non da una massa a carico del rene perchè i fatti di compressione sono prevalentemente nella grande curvatura del fondo.

Diagnosi: Dall'esame clinico, per i dati della palpazione e plessimetrici non vi fu dubbio che il tumore appartenesse allo splene. Per quanto lo stato della nutrizione generale fosse molto sca-

duto, già l'anamnesi col lento decorso (sei anni) e l'esame obiettivo locale avevano posto innanzi a tutte la probabilità della cisti di echinococco. Tuttavia il lontano passato morboso a carico delle sierose e degli annessi non lasciava tranquilli riguardo alla concomitanza di un processo tubercolare della sierosa peritoneale.

Il lento accrescimento, i caratteri della superficie del tumore, l'assenza di glandule sembrarono buoni criteri per escludere la natura neoplastica.

Che non potesse trattarsi di un cistoma ovarico a lungo peduncolo si deduceva dalla mancanza degli annessi asportati chirurgicamente.

Anche la splenomegalia primitiva e la leucemia furono escluse dall'esame del sangue che ci svelò l'esponente acidofilo della intossicazione da elminti.

La presenza degli eosinofili riscontrati nel sedimento dello essudato pleurico in maggior percentuale che nel sangue si può spiegare con i rapporti di contiguità tra cisti e pleura infiammata.

Nel caso presente l'osservazione dell'intensa eosinofilia locale acquista importanza perchè da essa già si è voluto sostenere la genesi dell'eosinofilia sanguigna così frequente nell'echinococcosi.

Pare provato però che l'eosinofilia sanguigna derivi dai poli nucleari neutroli le cui granulazioni, sotto l'influenza dei principi tossici elaborati dal parassita e stimolanti il midollo osseo, si trasformerebbero in acidofile, per poi ritornare a trasformarsi in neutrofile quando con l'asportazione della cisti venga a cessare l'influenza tossica.

Operazione: (prof. Solieri). Il 29-VIII-29. Anestesia narcotal-etererea. Laparotomia transrettale sinistra con lunga incisione da due dita trasverse al di sopra dell'arco costale fino alla fossa iliaca. Si presenta una massa cistica di color bianco tendineo, fissa e aderente al diaframma spinto in alto ed al lobo sinistro epatico, continuantesi in basso con una striscia di tessuto consistente, duro e fornito di un'incisura che si riconosce appartenere alla milza; la massa è aderente tenacemente allo stomaco, al mesocolon, al colon trasverso e dal suo angolo splenico.

Per rendere libera la superficie anteriore del tumore vengono sezionate tra due allacciature numerose aderenze omentali. Poi isolato accuratamente il campo con pezzuole ed estratto con puntura esplorativa un campione del liquido caratteristico color acqua di rocca, la cisti ne viene svuotata di ben cinque litri con un tre quarti al quale è innestato un tubo di gomma.

Ritirato il tre quarti, sollevati i margini dell'orifizio con due pinze, si iniettano nella cavità 20 cmc. di soluzione di tachiolo all'1 % per uccidere gli scolici del parassita, poi si incide longitudinalmente la parete splenica di color madreperlaceo, ridotta alla sola pericistica. Così può essere estratta facilmente la membrana idatidea acefalocisti; si prosciuga la cavità residua a mezzo di batuffoli di garza montata su pinze.

Si comincia la marsupializzazione avendo cura di resecare quanto possibile della parete e di mantenere ben ampia la breccia esterna. I punti in seta vengono dati in modo che l'ago, dopo aver trapassato la parete cistica, si diriga sul peritoneo parietale, quindi sul muscolo per uscire dall'aponeurosi anteriore dove viene annodato il punto. Ritirate progressivamente le pezzuole isolanti, sono posti due piccoli drenaggi in cavità peritoneale ai due estremi dell'incisione e facendo poi trazione sui fili della stomia e divaricondola si riempie la cavità cistica con una larga e lunga fascia di garza sterilizzata.

Il decorso post-operatorio fu ottimo. Ogni giorno medicazione esterna; dopo 48 ore si cambia la fascia della cavità residua; in quinta giornata si ritirano i drenaggi dalla cavità peritoneale.

L'ammalata si alza in ventesima giornata dall'intervento, senza più alcun segno di versamento all'emitorace sinistro, ma solo con lieve rumore di sfregamento alla base.

FIG. 3.

Nel decorso ulteriore, per ottenere il drenaggio profondo della cavità che giungeva sino a contatto del diaframma, pur avendo seguito ogni dettaglio di tecnica per la migliore stomia, si dovè lottare contro la tendenza alla stenosi del lungo seno fistoloso mediante dilatazione digitale, strumentale e con coni di laminaria. Si ottenne così la guarigione del tramite senza sventramenti solo dopo un anno di assistenza ospedaliera (fig. 3).

Un esame di sangue eseguito il 4-IX-30 dimostrò: G. R. 4.000.000; G. B. 8250; H. B. 95; Valore globulare 1,18.

Formula leucocitaria: polinucleati neutrofili 68 %.

Polinucleati basofili 1 %. Eosinofili 2 %. Mononucleati grossi 8 %. Medie piccole 7 %. Linfociti 14 %.

Il peso corporeo dopo un anno dall'intervento era salito a kg. 82.

CONSIDERAZIONI.

In entrambi i casi la cisti parassitaria a sede marginale (periferica) ed a sviluppo ascendente indusse dall'inizio del decorso clinico disturbi respiratorii tali da poter far credere ad una lesione toracica. Lo scadimento delle

condizioni generali cominciò solo in secondo tempo con i fenomeni di compressione a carico del tubo gastro enterico: veniva appunto a mancare quello che Cardarelli chiama l'indice diagnostico più sicuro e precisamente la sproporzione tra il grosso tumore addominale e lo stato generale ben conservato.

Notevoli nel secondo caso le metrorragie in soggetto annessiectomizzato che possono spiegarsi come manifestazioni anafilattiche (Monneret e Davaine) assieme all'urticaria, scomparse dopo l'ectomia.

Alcuni autori, tra i quali il Cignozzi, hanno richiamato l'attenzione sulle alterazioni urinarie, (cilindruria ed albuminuria) indipendentemente da lesioni renali, che regrediscono dopo quattro o sei giorni dall'intervento: mettono in relazione questo fatto con i prodotti tossici dell'idatide ed avrebbe lo stesso significato clinico e patogenetico dell'eosinofilia, della deviazione del complemento e dell'intradermoreazione. A noi però, nei ripetuti esami, non è stato dato di trovare urine anormali.

È inutile che io qui ricordi tutti i metodi curativi incruenti e cruenti ormai relegati alla storia. Per unanime consenso la terapia deve essere esclusivamente chirurgica rimanendo da scegliere tra la splenectomia e la marsupializzazione.

È da considerarsi di eccezionale indicazione l'estirpazione della cisti col suo pericistio e solo nel caso di cisti peduncolate: secondo Dieulafoy l'ipertrofia compensatrice, di reazione della milza sarebbe un argomento in favore della resezione parziale dell'organo, ma questa è controindicata anche nelle cisti marginali per le pericolose emorragie parenchimatose che si determinano dalla superficie cruentata.

Così pure l'enucleazione della cisti con la riduzione senza drenaggio, preceduta dalla *formolizzazione*, esige che le pareti della sacca siano abbastanza floscie, sì da favorire il loro contatto e la soppressione di spazi morti: se il metodo ha avuto fortuna nell'echinococco epatico ne ha avuto scarsissima nell'echinococco splenico e si comprende come esso non possa realmente ritenersi indicato che solo nelle cisti juxtaspleniche (Leotta).

In genere l'ectomia si addice alle cisti in milza mobile, atrofica, poco o scarsamente aderente (Donati) ed ha il vantaggio di asportare le cisti intraspleniche che potrebbero passare inosservate. Nella nostra prima osservazione, per quanto di fronte a tenaci aderenze, non fu praticata la stomia oltre che per la localizzazione alta sub frenica per la presenza di cisti secondarie nel tessuto splenico. Nella seconda osservazione si procedette alla marsupializzazione per le scadute condizioni generali e specialmente perchè il tumore era talmente aderente a tutti i visceri circostanti che la sua rimozione si presentava assolutamente impossibile. È certo assurdo il volere insistere nell'ottenere una splenectomia a qualsiasi costo a rischio di perdere l'operato. Occorre tener presente la labile resistenza di un organismo defedato. Dobbiamo ricordarci delle polmoniti e delle emorragie gastro intestinali nel decorso post operatorio alle quali è da aggiungersi lo shock, il maggior pericolo immediato; le manovre di un lungo e difficile intervento si ripercuotono sul plesso solare per mezzo dei nervi del peduncolo, anche con la sezione preventiva. A questo riguardo ci pare impossibile poter isolare i nervi dai vasi per non comprenderli nella legatura, come consiglia il Gilson.

Certamente la splenostomia costituisce un trattamento meno aggressivo; ma se ad esso la statistica attribuisce una mortalità sensibilmente superiore all'ablazione è da osservare che la marsupializzazione è stata applicata in tutti i casi più gravi. Essa richiede però una scrupolosa e lunga assistenza postoperatoria (nostra seconda osservazione) per evitare le complicanze settiche intracistiche, pericistiche e pleuriche, pur avendo fatto ricorso a tutti gli accorgimenti di tecnica. Non si può quindi essere partigiani assoluti della marsupializzazione o della splenectomia; è necessario che in ogni singolo caso la scelta dipenda dalle condizioni anatomo-patologiche e dalle ben vagliate condizioni cliniche.

RIASSUNTO.

L'A. descrive la storia clinica di due casi di cisti da echinococco della milza trattati l'uno con la splenectomia, l'altro con la splenostomia. Mette in rilievo, nell'uno dei due, l'intensa eosinofilia dell'essudato pleurico, maggiore di quella sanguigna. Discussa la diagnosi, descritti gli interventi operatori, considera le indicazioni dei vari metodi di cura cruenti concludendo che ad ogni singolo caso spetta l'intervento consentito dalle condizioni cliniche ed anatomo-patologiche.

BIBLIOGRAFIA.

BEGOUIN-GOSSETTE-LECÈNE ed altri. *Compendio di patologia chirurgica*, vol. III, Francesco Vallardi, 1924, pag. 315.

BIONDI. *Su di un caso di echinocco della milza.* Rif. Medica, 1911, XXVII, pag. 365.

CAPECCHI. *Cisti di echinococco della milza e loro trattamento.* Ibid., 1930, fasc. XXIII.
CAPPELLI L. *Le indicazioni della operabilità nelle varie forme di splenomegalia.* Roma, Comitato esecutivo della Società Italiana di Chirurgia, 1924.
CARDARELLI. *Lezioni scelte di clinica medica,* volume I, pag. 15, 1921; Biblioteca dello Studium, Napoli.
CAVINA G. *Splenectomia per cisti da echinococco con cenni statistici sull'echinococco splenico in Italia.* Archivio Italiano di Chirurgia, vol. XIV, fasc. I.
CIGNOZZI O. *L'echinococco splenico.* Ibid., vol. VI, fasc. III.
CHEVALIER G. *Kystes Hydatiques de la rate,. Kiste hydatique du foie méconnu chez le même sujet; splénectomie.* Marseille médicale, 1925, n. 36.
CILIBRASI-BONGIORNO. *Cisti idatidea solitaria della milza.* Riforma medica 1929, fasc. 22.
DONATI. *Chirurgia dell'addome,* Torino, Unione Tipografica Editrice 1914, pag. 665.
DUNER P. *Un caso di cisti da echinococco della milza curato colla splenectomia.* Il Policlinico, 1924, fasc. 10.
GRAZIANI F. *Voluminosa cisti da echinocco della milza con 502 vescicole proligere ed una grossa cisti esogena della vescica urinaria.* Ibid., 1926, fasc. 32.
HARTMANN. XI Congresso Francese di Chirurgia. Parigi, 1897.
HENNIG. Zentralbl. f. chir., n. 15, 1923.
LEOTTA, PAPAYOANNOU. *Atti del Congresso internazionale di chirurgia,* Roma, aprile 1926.
MABIT. Rev. de chir., Mai 1905.
MAGNUSSON. Arch. f. Klin. Chir., Bd. 100, 1912.
MARCIALIS F. *La dignosi dell'echinococco addominale.* Sassari, Tipografia Gallizzi, 1925.
MORESTIN. Sémaine Méd., n. 27, 1909.
NIGRISOLI. *Contributo alla chirurgia dell'echinococco.* Bologna, 1893.
NOFERI U. *Contributo allo stato attuale della chirurgia splenica,* Siena, Tipografia Cooperativa, pag. 49.
PARLAVECCHIO. *Nuovo contributo della casistica dell'echinococco splenico.* Pensiero Medico, 1913, pag. 433.
SILVESTRINI L. *Estirpazione della milza nella patologia del fegato e del sangue.* Bologna Stabilimenti tipografici Emiliani, 1915.
KABLUKOFF. Arch. f. Klin. Chir., Bd. 78, H. I., 1905.

Forlì, ottobre 1930.

L'ATTUALITÀ MEDICA

Osservazioni sull'acidosi dal punto di vista del clinico.

(L. FINDLAY. *The British Medic. Journ.,* 14 marzo 1931).

L'acidosi è un disordine del metabolismo che accompagna vari stati morbosi. Si può in un certo modo paragonare alla febbre. Il fare la diagnosi di febbre o di febbricola indica l'ignoranza che abbiamo nella causa del processo morboso e così è anche per l'acidosi.

Che cosa si deve intendere per acidosi? Certamente un'acidità del sangue vera non si ha mai. Nel sangue il solo acido libero che possa trovarsi è l'acido carbonico, ma anche di questo solo la ventesima parte è libera, perchè il resto è combinato con alcali. La circolazione di acido libero nel sangue all'infuori dell'acido carbonico è incompatibile colla vita. Si intende per acidosi la tendenza a produrre una reazione acida del sangue.

Acido nel sangue si forma come risultato del catabolismo, ma esso è trasportato agli organi (reni, polmoni) che lo eliminano. Finchè la produzione di acido rimane normale e funzionano gli organi che lo devono espellere non si hanno manifestazioni cliniche dell'acidosi.

Il sangue normalmente può avere solo una data quantità di sostanze acide, quindi se queste si formano questo va a danno del CO_2. Nei casi in cui diminuisce il CO_2 del sangue (per esempio in alta montagna e nella stenosi pilorica) cioè in casi in cui si produce alcalosi, si ha acetonuria per formazione di acidi organici della serie ossibutirrica. L'opinione corrente in questi casi è che la presenza di acetonuria indichi acidosi. L'acetone nelle urine dipende unicamente dalla combustione incompleta dei grassi e può aversi tanto nell'acidosi quanto nell'alcalosi.

L'eccesso di CO_2 è eliminato dai polmoni. Così si spiega l'iperpnea dell'acidosi. Siccome gli acidi volatili della serie ossibutirrica sono pure parzialmente eliminati dai polmoni si ha alito che sa di acetone. In casi di acidosi aumenta l'eliminazione urinaria degli acidi.

L'acidosi può aversi in vari stati che spesso il medico ha occasione di vedere e precisamente nella gastroenterite, nel diabete, nella nefrite.

Nella gastroenterite è aumentata la produzione di acido per l'inanizione dovuta al vomito e alla diminuita assimilazione degli alimenti e per di più si ha eliminazione delle basi che dovrebbero neutralizzare l'acido, perchè c'è diarrea. L'acidosi nella gastroenterite indica solo la gravità della malattia, indipendentemente dall'etiologia dello stato morboso. In questi casi è indicato somministrare acqua, sali e glucosio.

Nel diabete mellito si ha l'esempio classico di malattia in cui si riscontra acidosi. Non potendosi avere la combustione degli zuccheri, i grassi sono incompletamente bruciati donde produzione di chetoni. Anche nel diabete si ha eliminazione urinaria di alcali. Il rene tenta di ovviare a questi inconvenienti ed è per questo che il diabete acquista particolare gravità se si complica con lesioni renali.

L'acidosi dei nefritici è certo meno imponente di quella dei diabetici perchè c'è solo una difficoltà ad eliminare l'acido che normalmente si forma nell'organismo ma non c'è una produzione esagerata di questo acido nell'interno dell'organismo.

L'acidosi si può produrre o introducendo in eccesso sostanze acide (per esempio cloro) oppure ostacolando la completa combustione dei grassi. Si può ottenere lo scopo aumentando l'introduzione di acidi col cloruro di calcio e col cloruro di ammonio. Per ostacolare la combustione completa dei grassi si può ricorrere all'inanizione. Però in queste acidosi sperimentali l'A. non ha mai osservato nè vomito nè iperpnea, fenomeni che invece si verificano nelle condizioni cliniche che dànno acidosi, perchè in queste i tessuti sono in grado di neutralizzare gli effetti dell'acidosi.

R. LUSENA.

SUNTI E RASSEGNE.

ORGANI DI MOVIMENTO.

Sprone calcaneare e achillodinia.

(BERENWENGER. *Arch. Klin. Chir.*, *vol.* 159, pag. 472).

Con il termine di sprone calcaneare si designano delle esostosi che partono dall'osso, dal periostio o dalla cartilagine del calcagno e che in stretto rapporto con l'osso possono trovarsi sulla superficie plantare all'inserzione dei muscoli brevi del piede o posteriormente sulla inserzione del tendine achilleo. Per quanto la diagnosi differenziale clinica sia quasi impossibile non devono essere confusi con lo sprone delle neoformazioni ossee che si originano per metaplasie del tessuto tendineo e che solo secondariamente si fanno aderenti all'osso.

Un tipo di sprone calcaneare si origina nell'età dello sviluppo per trazioni che fasce, tendini e legamenti esercitano sulla epifisi calcaneare, un secondo tipo, acquisito nell'età adulta si origina per cause infiammatorie o arteriosclerotiche, per traumi, per gonorrea, ecc.

Spesso i due tipi sono combinati in quanto il primo tipo si accresce per quelle cause che possono provocarne la comparsa nel secondo tipo.

Radiologicamente si trova che il primo tipo corrisponde a una spina ossea ben circoscritta, la corticale e la spongiosa si continuano regolarmente e senza discontinuità nello sperone. Il secondo tipo ha confini indistinti, la neoformazione ossea è giustapposta alla corticale.

Mentre le esostosi del primo tipo possono essere indolenti, quelle del secondo tipo sono sempre dolenti. Il dolore nelle prime è determinato dal trauma, dal piede piatto, da affezioni croniche, ecc.

Il termine di achillodinia caratterizza un complesso sintomatico non una affezione. Le cause anatomo-patologiche sono differenti e da diagnosticare in ogni singolo caso.

La cura dello sprone calcaneare sarà conservativa nella maggior parte dei casi. Si applicheranno calzature adatte, suolette da piede piatto, ecc. La cura chirurgica è seguita molto spesso da recidiva; l'intervento consisterà nell'exeresi dello sperone.

P. VALDONI.

A proposito della coxalgia cotiloidea.

(ROCHER. *Bordeaux chirurgical*, 2 aprile 1931).

In meno di tre anni l'A. ha osservato sette casi di coxite con lesioni primitivamente localizzate al cotile.

Età. — Due casi in fanciulli di quattro anni, due casi in fanciulli di cinque anni, tre casi in fanciulli di otto, quattordici, quindici anni rispettivamente.

Sintomatologia. — Si può distinguere nella coxalgia cotiloidea due fasi successive : 1) un periodo di reazione articolare; 2) un periodo di invasione articolare.

L'inizio è subdolo, il malato ha dolenzia all'anca, zoppica.

Obbiettivamente si può già rilevare lieve contrattura periarticolare, debole limitazione dei movimenti (spec. abduzione), leggera ipotonia muscolare a livello dei muscoli della coscia, non adenopatie. In certi casi si può rilevare anche la presenza di un ascesso dal lato della pelvi.

Il periodo di risentimento articolare ha un decorso variabile da 5 mesi a 24 mesi; a questo succede l'invasione dell'articolazione, che può farsi in silenzio progressivamente, ma che in certi casi può manifestarsi coll'andamento di un'artrite acuta.

Diagnosi. — Si basa esclusivamente sul controllo radiografico. La radiografia all'inizio può essere negativa e dall'inizio dei segni clinici alla constatazione di segni radiologici possono decorrere più mesi, tuttavia è possibile riscontrare in questa fase una decalcificazione dell'articolazione risiedente in modo più spiccato a livello del cotile. La localizzazione iniziale può manifestarsi sotto forma di una cavità circondata da un cercine osseo più denso, più spesso sotto forma di lesione mal limitata estendentesi più o meno lontano nello spessore del tetto cotiloideo. Nell'osso iliaco in vicinan-

za del cotile si rivela talvolta una disseminazione di macchie chiare paragonabile alla pelle di leopardo. Talvolta infine sullo sfondo della lesione è riscontrabile un'ombra più densa che dà l'impressione di un sequestro.

La radiografia permette di rilevare un po' di ispessimento periosteo sulla faccia interna della regione cotiloidea. La radiografia rivela inoltre l'integrità del collo del femore.

La lesione primitiva è abitualmente adiacente al fondo del cotile a livello della cartilagine di coniugazione. Di qui essa sembra estendersi talora in alto verso il tetto del cotile, talvolta invece le lesioni si propagano in linea retta verso la cartilagine di coniugazione e evolvono verso la dislocazione del cotile.

Prognosi. — In presenza di una coxalgia cotiloidea all'inizio non è possibile al chirurgo precisare quale sarà il cammino della lesione e la sua evoluzione.

Cura. — Il chirurgo deve quindi domandarsi se data una osteite cotiloidea all'inizio egli deve tenersi al trattamento classico dell'immobilizzazione o se non sia più opportuno prevenire la diffusione delle lesioni e l'invasione articolare. La guarigione col trattamento classico è stata ottenuta in 2 casi in cui il processo tubercolare ha potuto essere arrestato alla fase d'osteite cotiloidea. Tuttavia non è illogico pensare, nell'eventualità di una localizzazione radiografica precisa all'inizio, ad un intervento radicale. Tale intervento potrebbe esser compiuto nei casi di lesioni marginali dell'esterno.

Nei casi di lesioni profonde la via per raggiungere la faccia interna del cotile può essere quella che si usa per l'allacciatura dell'iliaca esterna, oppure l'accesso al cotile può essere realizzato passando sotto all'arcata crurale, con la tecnica esposta dall'A. B. PAGGI.

Reumatismo ed osteoartrite di origine intestinale. Forma articolare della sindrome enterorenale.

(HEITZ-BOYER. *Bull. Mém. Soc. Nat. Chir.*, n. 30, 29 novembre 1930, p. 1299).

Sono artriti od osteo-artriti di origine intestinale, che possono prendere la forma del reumatismo acuto o cronico. Allorchè nelle urine sono presenti germi intestinali e vi sono segni di disturbi intestinali quando compaiono complicanze osteo-articolari, queste si debbono poter ricollegare alle manifestazioni enteriche. Perciò l'A. parla di sindrome enterorenale.

L'A. riporta varie osservazioni, delle quali la più tipica è quella che si riferisce a se stesso. A seguito di gravi manifestazioni di enterite, complicate a manifestazioni morbose urinarie, ebbe congiuntivite, fenomeni di artrite acuta prima del pugno destro e del ginocchio sinistro, poi dei colli dei piedi, della spalla destra. Dalle urine fu isolato l'enterococco. Dopo un lungo periodo di malattia, risoltisi i fenomeni articolari così come la sindrome entero-renale, andò incontro a ricaduta di artrite ogni qualvolta a disturbi enterici.

In un altro caso le lesioni restarono localizzate all'articolazione sacro-iliaca sin. ed alle due ultime articolazioni vertebrali. Nella paziente in parola vi era una storia di enterite all'età di 2 anni, e dall'età di 20 anni stipsi ostinata, a cui seguirono i fenomeni articolari. Con la scomparsa dei disturbi intestinali e con l'appendicectomia si ebbe la risoluzione dei fenomeni articolari.

L'A. fa seguire la citazione di osservazioni analoghe.

La diagnosi differenziale di tali forme è da farsi con l'artrite gonococcica, e nell'occasione richiama l'attenzione sulla diagnosi colturale del gonococco.

È possibile porre la diagnosi di artrite di origine entero-renale isolando dalle urine il colibacillo o l'enterococco.

La prova terapeutica, guarendo i disturbi articolari con la scomparsa delle turbe intestinali, rinforza la diagnosi etiologica.

V. JURA.

Malattia di Hoffa.

(A. SICARD. *Bull. Mém. Soc. Nat. Chir. de Paris*, 31 maggio 1930, p. 646).

L'A. illustra un caso di proliferazione, di origine traumatica della pallottola adiposa retrorotulea; tale affezione fu descritta la prima volta da Hoffa nel 1904.

Si trattava di un ferroviere di 55 a., il quale da parecchi anni era affetto da una tumefazione prerotulea a lentissimo accrescimento ed indolore. Nell'ottobre 1928 trauma violento, direttamente sul ginocchio flesso, seguìto da dolore molto vivo. La tumefazione prerotulea (igroma) aumentò notevolmente di volume, ma dopo pochi giorni questa riprese il suo primitivo volume; residuò il dolore, specie alla fine della giornata e localizzato alla parte interna ed anteriore dell'articolazione. Dopo alcuni mesi l'igroma prerotuleo era di modico volume, erano scomparse le depressioni sottorotulee laterali, poichè ai lati del legamento rotuleo si apprezzavano due tumefazioni indolori, di consistenza molle, con sensazione di fluttuazione, per cui si suppose l'esistenza di un igroma retrorotuleo. Lieve idrartrosi; l'estensione completa provocava leggero dolore; non punti ossei dolorosi, sinoviale non ispessita. Ipotrofia di 2 cm. del quadricipide.

Operazione: Incisione verticale mediana prerotulea, con la quale si estirpa facilmente l'igroma ant. Incisione arciforme sottorotulea a concavità superiore fino alla tuberosità ant. della tibia. Si scopre una massa grassosa retrorotulea; quanto un mandarino, infiltrata,

più estesa in avanti che in fuori: essa si approfonda fino alla sinoviale, nella quale due frangie fanno salienza all'interno della cavità articolare. Estirpazione. Chiusura della sinoviale. Sutura dello strato fibroso e della cute. Ematoma retrorotuleo che si vuota. Guarigione; funzione dell'arto normale.

Nel caso in parola quello che interessa di più è la proliferazione del tessuto grasso sottorotuleo, come nella malattia di Hoffa (1904), la quale è caratterizzata etiologicamente per la sua origine traumatica, clinicamente per i dolori variabili di intensità, abitualmente localizzati alla parte anteriore dell'articolazione, con appianamento delle fossette pararotulee, ripiene da una massa molliccia fluttuante, spesso dolorosa alla pressione.

Ulteriormente Hoffa fece rilevare che può esistere anche una proliferazione adiposa delle pieghe alari della sinoviale, e che l'estirpazione di queste produzioni fibrolipomatose faceva sparire il dolore. Di poi furono illustrate altre osservazioni da altri Autori.

Furono invocati come causa i traumi unici violenti diretti, così come le flessioni brusche del ginocchio o anche i piccoli traumatismi ripetuti sia da cause esterne che intraarticolari; a volte la malattia in parola è stata creduta segnale di rottura di menischi, oppure trattarsi di corpi estranei articolari, e persino di idrartrosi (Rammstedt).

Il grasso sottorotuleo è aumentato di volume, la colorazione più o meno rosea, consistenza maggiore che tende al fibroso; si può approfondare nelle alette sinoviali e può prendere persino l'aspetto di escrescenze a grappoli di riso. Istologicamente si hanno le caratteristiche di iperplasia infiammatoria del tessuto fibroso; a volte zone emorragiche, iperemia, edema; infiltrato linfocitario. Il dolore ha sede antero-interna, più forte nella estensione completa. A volte non si ha un vero blocco articolare, ma un dolore fugace che impedisce i movimenti del ginocchio; infatti i movimenti passivi sono sempre conservati. A volte fini scricchiolii, lieve idartrosi. Scomparsa delle depressioni ai lati del tendine del quadricipite, le quali diventano più salienti.

La terapia è chirurgica, utilizzando incisioni economiche, senza ricorrere a quelle per l'aggressione dell'articolazione. Rammstedt consiglia medicature compressive, bagni di sabbia, aria calda, massaggi. V. JURA.

Contrattura delle dita di Dupuytren.

(OEHLECKER. *Brun's Beitr. z. Klin. Chir.*, 1930).

Dupuytren fu il primo a dimostrare che questa contrattura delle dita è dovuta all'aponevrosi mentre i tendini rimangono normali.

Questa malattia è caratterizzata per lo più dalla contrattura dell'anulare o del mignolo, non è accompagnata da dolori nè da segni di infiammazione. I malati si lamentano, ordinariamente, perchè non si possono lavare con la mano e non possono afferrare gli oggetti, specialmente nel caso della contrattura dell'anulare.

È tipico che la falangetta rimane non contratta e ciò faceva già pensare a Dupuytren che non si trattasse di una contrattura di tendini. La contrattura dell'ultima falange è rara. Raramente si ha la contrattura del dito medio e dell'indice e qualche volta del pollice.

In 25 casi studiati dall'A. il dito più colpito è stato l'anulare e poi il mignolo. Spesso sono tutt'e due insieme. Può essere colpita una sola mano o tutt'e due.

Alla contrattura possono seguire alterazioni della pelle poichè esistono delle relazioni intime tra aponevrosi e grasso cutaneo della palma della mano sotto forma di setti.

Sono interessanti a conoscere dal punto di vista della terapia le gravi alterazioni secondarie nelle articolazioni della base e di mezzo delle dita e nei legamenti e tendini. La malattia colpisce ordinariamente gli uomini nell'età avanzata.

La diagnosi differenziale con altre contratture primitive dei tendini o dell'articolazione è facile poichè queste hanno un altro aspetto e cominciano dall'articolazione mediana o distale. Anche le contratture da infiammazioni della pelle hanno altra anamnesi e altri sintomi.

Per il piccolo dito è da notare che si possono avere anomalie di posizione congenite o professionali, specialmente arcuamenti dell'articolazione media che possono somigliare ad una malattia di Dupuytren. Così è facile distinguere il così detto dito a martello.

Per l'etiologia poichè si trova spesso insieme la gotta si attribuisce alla anomalia di ricambio la causa delle contratture; ma sta di contro che su 100 gottosi non fu trovata alcuna o appena una contrattura di Dupuytren.

Lo stesso si può dire per i rapporti con il reumatismo cronico, con l'avvelenamento da piombo, col diabete, tubercolosi, gonorrea, arteriosclerosi, lues e alcoolismo.

Qualche volta è stata messa in rapporto con malattie dei nervi come tabe, gliosi, neurite del n. ulnare. Reichel in alcuni casi di lesione del n. ulnare ha osservato una contrattura di Dup. e pensa ad una alterazione trofoneurotica. Ma nella paralisi del nervo ulnare con formazione di mano ad artiglio la contrattura di Dup. non si osserva, nè tampoco secondo Iklé con l'aumento delle ferite dell'ulnare in guerra sono aumentate le contratture di Dup. Fründ trovava una strettezza della sella turcica e ammette una ipofunzione dell'ipofisi. In nessun caso dell'autore è stata trovata un'alterazione della sella. Solo in un caso coesisteva una malattia di Reklinghausen che datava dalla gioventù mentre la contrattu-

ra era comparsa a 50 anni. Secondo l'A. si tratterebbe di una malattia costituzionale con alterazione del ricambio materiale.

Ledderhose la mette etiologicamente vicina all'artrite deformante di cui rappresenterebbe lo stadio ultimo ed ammette una etiologia costituzionale cui si aggiungono altre cause come piccoli traumi continui, scosse fibrillari nella aponevrosi. Anche Dupuytren dava importanza ai traumi, ma contro tale opinione stà il fatto che i lavoratori colle mani non sono colpiti più frequentemente dei camerieri, medici ecc. Vi sono casi nei quali l'inizio della malattia è seguito ad un trauma unico della mano anche lontano dal punto della contrattura. È tipico il caso di Wyss in un ragazzo apprendista fabbro che urtò in uno spigolo di latta sulla palma della mano; dopo 14 giorni ritornò al lavoro ma 2 giorni più tardi cominciarono dolori, la cicatrice recente si fece rossa e si formò una contrattura del 4° dito che dopo una quindicina di giorni scomparve. Questo caso di contrattura postraumatica è tipico nella letteratura.

Nei casi dell'A. e in altri della letteratura si esclude il trauma.

Si è ammessa una tendenza costituzionale alle formazioni fibro-plastiche. In due casi dell'A. coesistevano fibromi simmetrici delle dita e in altri della letteratura è riscontrata l'induratio penis plastica; ma questa ha una forma piatta circoscritta, la pelle al disopra è sempre spostabile e sono riscontrate delle regressioni spontanee.

Con gli esami istologici si può escludere una infiammazione come ha confermato l'A. in 8 dei suoi casi. Nella malattia di Dup. si ha nell'aponevrosi una proliferazione circoscritta del tessuto connettivo, che può esesre molto ricca, tanto da sembrare simile ad un fibrosarcoma.

Secondo Janssen questa proliferazione proviene dall'avventizia di piccoli vasi.

Se si trovano qua e là segni di una infiammazione ciò non deve meravigliare poichè si possono mettere in rapporto con piccole lesioni della pelle e quindi non hanno che fare con la m. di Dupuytren.

Janssen così parla di una ipertrofia del tessuto connettivo che porta alla retrazione del tessuto e Iklé di una fibrosi dell'aponevrosi palmare. È stato riscontrato un nesso ereditario in qualche caso e König pensa che vi sia una disposizione, congenita alla formazione fibromatosa dell'aponevrosi.

Secondo Ali Krogius un tessuto embrionale che si svilupperebbe come una propaggine del corto flessore delle dita verso l'aponevrosi con l'accrescimento darebbe luogo a tessuto tendineo. Questa è l'idea maggiormente seguita poichè è una malattia ereditaria, nella metà dei casi è bilaterale e in modo speciale colpisce il 4° e 5° dito.

Per il trattamento della mal. di Dup. occorre notare quanta è la retrazione dell'aponevrosi, quanta l'alterazione della pelle e l'alterazione secondaria dei tendini e delle articolazioni delle dita.

Nelle forme lievi possono giovare i massaggi, gli stiramenti passivi e sopratutto attivi.

Sono state usate iniezioni di tiosinamina e cioè fibrolisina, ma senza risultati duraturi.

Teoricamente sarebbe migliore l'iniez. locale di soluzione Preglpepsina di Payr.

E' stata usata la novocaina locale e Payr ha avuto qualche buon risultato.

L'umanolo usato da Stahnke ha dato buon risultato; essendo l'iniez. molto dolorosa si può fare un'anestesia con novocaina o una narcosi. Dupuytren interrompeva con piccoli tagli della pelle l'aponevrosi malata a guisa di una tenotomia sottocutanea. Ma tale metodo non è consigliabile per le possibili lesioni nervose e vasali.

L'intervento migliore è quello che prepara anatomicamente l'aponevrosi alterata come fece per il primo Kocher con un taglio longitudinale. A questo criterio si è uniformato l'A. che pratica una incisione ellittica alla quale se la alterazione è di due dita può aggiungersene una laterale.

La preparazione dell'aponevrosi si deve iniziare dalla parte prossimale ricercando prima i nervi, i vasi e l'aponevrosi sana. Speciale attenzione bisogna porre nel distacco dell'aponevrosi verso la base delle dita dove è possibile ledere arterie e nervi del dito. I lembi cutanei laterali devono essere preparati finchè si è sicuri di una buona nutrizione. L'aponevrosi malata con tutte le sue ramificazioni deve essere asportata il più lontano possibile. L'operazione può essere fatta in anestesia locale ma la preparazione anatomica si fa bene in narcosi e in emostasi preventiva ed ha bisogno di tempo e pazienza. Spesso il dito si estende ma in casi inveterati con alterazioni di vasi, delle articolazioni ad uno stiramento brusco potrebbe seguire cangrena delle dita per cui si deve fasciare la mano col dito arcuato.

Vi possono essere anche retrazioni tendinee dei flessori che ostacolano il ripristino completo della funzione.

Alla fine della prima settimana si cominciano i movimenti attivi. I punti di seta cutanei vengono tolti tra il 10° e 14° giorno.

In un caso l'A. osservò una piccola necrosi della cute che fu poi colmata con un trapianto.

In seguito si fanno dei masaggi.

Dopo l'operazione si possono notare alterazioni della sensibilità cutanea che possono scomparire rapidamente ma in ogni modo non sono durature.

I risultati nei 25 casi dell'A. sono stati buoni e varie volte ottimi. S'intende che nei casi

gravi con alterazioni cutanee si impone una plastica possibilmente prendendo un lembo dall'avambraccio e anche dallo scroto.

R. BRANCATI.

Sulla miosite ossificante.

(G. BRENDOLAN. *Arch. Ital. di Anat. e Istol. Patol.*, n. 6, 1930).

La miosite ossificante è un processo degenerativo iperplastico che ha il suo esito nella neoformazione di tessuto osseo in seno ad un muscolo dopo un unico trauma violento o dopo ripetute e più lievi offese dei tessuti. L'etiologia della miosite ossificante è chiara e indiscussa; essa si compendia in un'azione traumatica isolata o ripetuta. Sulla patogenesi l'accordo non è invece raggiunto. In confronto della teoria dell'origine periostea e della teoria dello stravaso, contro le quali molte obiezioni possono essere avanzate, l'A. ritiene che lo sviluppo di osso possa ritenersi nella pluralità dei casi dovuto ad ossificazione per metaplasia.

La ubiquità della malattia in qualunque territorio muscolare rende difficile tracciarne un quadro clinico ben definito. L'A. ritiene che, dal punto di vista clinico, le miositi ossificanti debbano essere distinte in 3 categorie e cioè:

a) quelle che comprendono un territorio di piccola estensione, che insorgono subdolamente ed evolvono in un periodo più o meno lungo, senza dar luogo a disturbi notevoli, e che si riscontrano casualmente all'autopsia o durante qualche visita medica fatta per altre ragioni;

b) quelle che comportano una crescita notevole di volume della parte lesa, con sofferenza magari di un intero ventre muscolare, ma che decorrono in un periodo lunghissimo di tempo che dura anche degli anni; esse vanno in clinica col nome generico di osteomi muscolari e seguono, il più delle volte, a traumi lievi e ripetuti, solo di rado ad un trauma violento; dato il continuo accrescimento provocano disturbi funzionali che portano l'infermo dal chirurgo;

c) quelle, più numerose, a ricca massa di ossificazione, a rapido accrescimento ed a piuttosto rapida involuzione; di solito insorgenti dopo un trauma unico e quasi sempre violento.

Il decorso clinico può essere distinto in tre periodi: un primo periodo di accrescimento occulto durante il quale la formazione va progressivamente aumentando di volume fino a rendersi manifesta, fase di durata varia ma che si aggira nel più dei casi sulle quattro settimane; un secondo periodo di accrescimento manifesto, nel quale continua l'aumento di volume fino alle dimensioni massime, che possono essere raggiunte dopo tre mesi ed anche più tardi, e durante il quale si hanno i maggiori disturbi consistenti specialmente nella limitazione della funzione cagionata spesso da dolori; un terzo periodo, di involuzione, di durata assai varia e che non sempre si verifica.

La diagnosi nel maggior numero dei casi riesce facile; solo in alcuni casi offre difficoltà notevoli per dirimere le quali l'ausilio più prezioso è l'esame radiologico. La prognosi è fausta *quoad vitam*, non sempre *quoad functionem*.

La profilassi può essere istituita solo per le forme susseguenti a lussazione del gomito e, secondo l'esperienza dell'A., è basata sulla riduzione in anestesia generale e sulla immobilizzazione per 6-12 giorni seguìta da bagni caldi e massaggio dolce.

La cura della miosite in atto dev'essere da principio di attesa perchè la forma ha tendenza alla regressione spontanea ed anche perchè, operando durante il periodo evolutivo, ci si espone al pericolo della recidiva. Solo nei casi in cui la regressione non si verifichi e sia passato tale periodo di tempo dalla stabilizzazione della intumescenza che tolga la speranza di una riduzione spontanea, si deve porre il quesito dell'intervento, che deve essere allora ispirato al principio della più rigorosa conservazione delle parti lese.

C. TOSCANO.

GINECOLOGIA.

Le ovulazioni dolorose.

(G. COTTE. *Rev. Franç. Gynéc. et Obst.*, n. 3, marzo 1931).

In certe donne l'ovulazione si accompagna a fenomeni morbosi, che si traducono in crisi dolorose più o meno acute e prolungate, o in crisi congestive, che possono talora dar luogo a leggere elevazioni termiche.

Queste crisi intermestruali si presentano abitualmente dal 13° al 16° giorno, ma la loro comparsa è subordinata all'evoluzione del follicolo, e quindi varia in rapporto alla sua maturità.

Vi sono due tipi di crisi: il tipo uterino e il tipo ovarico. Il primo corrisponde alle congestioni fruste intermestruali, ed è caratterizzato da congestioni uterine, con segni di plexalgia ipogastrica, di cistalgia e tenesmo anale.

Il tipo ovarico presenta segni di plexalgia lombare, con dolori nel basso ventre, localizzati in uno dei lati ove si compie l'ovulazione. Questo dolore, difficile a localizzare, si accompagna a stiramento dei reni, con irradiazioni alla faccia interna delle cosce.

Essi possono essere confusi con l'appendicite o l'annessite.

In rapporto alla patogenesi, si tratta d'un semplice fatto meccanico? Ma altre cause pare che entrino in giuoco a produrre tali crisi, non escluso il terreno neuropatico. In conclusione si può considerare che la crisi intermestruale

caratterizza un disturbo dell'ovulazione, e che a base di tutto ciò vi è sempre una piccola alterazione parenchimatosa dell'ovaio.

Il trattamento dev'essere fatto in rapporto alla causa che produce la crisi: quando si tratta di congestione ovarica esagerata, basta il riposo: se dipende da un prolasso dell'ovaio giova il riposo; se vi è una sclerosi ovarica, od una ovarite o periovarite, la crisi è più lunga ed i medicamenti non giovano.

In quest'ultimo caso ha dato buoni risultati un intervento chirurgico con cui si fornisce all'ovaio un peduncolo vascolare supplementare. L. CARUSI.

Tumori dell'ovaio a cellule granulose e loro rapporto colle emorragie post-menopausa.

(R. W. TE LINDE. *Americ. Journ, of Obstetr. and Gynec.*, ott. 1930).

L'A. ne illustra 4 casi. Dopo aver ricordato che vari nomi furono dati a questi tumori e precisamente adenomi del follicolo di Graaf, follicolomi maligni dell'ovaio, carcinomi follicoloidi, ooforomi follicolari.

Si tratta di tumori vari, per lo più unilaterali e non associati ad altre alterazioni dell'ovaio, di grandezza che varia da un tumore solo microscopico ad una testa di uomo, per lo più non più grande di un ovaio, spesso incapsulati da tessuto fibroso, molli e spugnosi, che appaiono semicistici alla sezione. Microscopicamente sono caratterizzati dalla somiglianza colle cellule granulose dell'ovaio normale e dalla tendenza a formare strutture che ricordano i follicoli di Graaf e i follicoli cistici. Meyer distingue un tipo follicoloide ed uno cilindroide. Nelle strutture follicoloidi c'è una sostanza omogenea che si colora coll'eosina e spesso piccola quantità di sangue e detriti cellulari. La maggior parte del tumore è vascolare. Vi si possono vedere figure mitotiche.

Per l'istogenesi, questi tumori originano dalle cellule granulose dell'ovaio, o adulte o embrionali (più probabilmente solo dalle embrionali).

Clinicamente sono in maggioranza tumori benigni suscettibili di guarigione per via chirurgica. Alcuni casi sono stati descritti in donne giovani, ma i casi più numerosi si hanno dopo la menopausa. Il sintoma più notevole è l'emorragia uterina che compare dopo la menopausa. R. LUSENA.

Manifestazioni del climaterio.

(G. RIDDOCH. *British Medical Journal*, 13 dicembre 1930).

Il climaterio o periodo involutivo è quella fase della vita durante la quale le funzioni riproduttive s'indeboliscono per estinguersi definitivamente.

Nella donna le manifestazioni più evidenti sono la scomparsa delle mestruazioni e del potere di concezione.

Ma oltre a questi fatti ve ne hanno altri somatici e psichici, che spesso precedono le irregolarità mestruali e persistono dopo la cessazione delle regole.

La maggioranza delle donne attraversa il climaterio con adattamenti psico-fisiologici, senza notevoli disturbi. Altre sono meno fortunate e soffrono disturbi nervosi e mentali più o meno gravi.

Anche l'uomo ha il suo climaterio, che s'inizia una diecina d'anni più tardi e con reazioni meno intense.

Tuttavia, l'uomo, come la donna, subisce modificazioni somatiche e psichiche, che appaiono meno imponenti perchè l'attività dell'uomo è assorbita più che nella donna in faccende estranee alla sfera sessuale, e perchè i disturbi stessi consistenti in fatti vasomotori, coincidono con il prodursi dell'arteriosclerosi e con il periodo presenile, ai quali essi vengono generalmente attribuiti.

Il climaterio nella donna è un processo schiettamente fisiologico, una reazione generale alla deficienza o all'annullamento dell'attività ovarica. Di regola comincia tra i 40-50 anni e dura due o tre anni.

Le manifestazioni somatiche e psichiche sono in relazione ad un perturbamento di tutto il sistema endocrino, e specialmente della tiroide e delle surrenali.

Il più delle volte nel climaterio normale si ha un'iperattività della tiroide e corrispondentemente un abbassamento della soglia di eccitabilità del simpatico, e quindi aumento dell'emotività, palpitazioni, tachicardia, sensazioni di malessere al capo, sudori, perdita di peso ed eventualmente gozzo.

Meno spesso si ha ipotiroidismo con mixedema, tendenza al sonno, torpore mentale, secchezza e perdita di elasticità della pelle, polso lento, caduta di capelli, ed aumento della sensibilità al freddo.

Si ha inoltre iperadrenalismo con crisi di arrossamento della faccia, sviluppo di peli alla faccia, alle gambe, al tronco, approfondimento della voce, aggressività e talvolta glicosuria e ipertensione.

La sindrome di ovariectomia si distingue da quella del climaterio, perchè in quest'ultimo la funzione ovarica scompare a poco a poco e corrispondentemente i sintomi si manifestano gradatamente con variazioni quantitative e qualitative nei differenti periodi della menopausa.

Al principio del climaterio si hanno lievi alterazioni del carattere, con tendenza alla cattiveria ed a prendere in malo modo ogni cosa, alla depressione, all'irritabilità, ed alla critica specie verso il marito, i figli ed i domestici. La donna sembra che viva in uno stato di ansia e di apprensione. Il sonno è

disturbato da vampe di calore, da sogni di sventure familiari.

Quando le sue regole diventano irregolari o cessano del tutto la donna che ha consapevolezza di andare incontro ad un mutamento della sua vita, se la prende più o meno filosoficamente. Gradualmente ritorna al suo primitivo equilibrio emotivo.

Le vampe al volto che costituiscono il disturbo più comune del climaterio, agiscono come un motivo d'irritazione richiamando l'attenzione della donna sulle sue condizioni somatiche.

Esse si verificano a crisi momentanee e durante qualche minuto, variabili per frequenza e per intensità, ma spesso sono più intense di notte forse a causa del calore delle coperte.

Nelle crisi lunghe sono precedute da cefalea, palpitazione, o da un senso di oppressione al petto che scompaiono all'inizio della vampata.

Consistono in un eritema diffuso principalmente al capo ed al collo, accompagnate da un senso generale di calore, con o senza effettiva alterazione della temperatura.

Gli attacchi notturni sono spesso accompagnati da senso di soffocazione.

Le vampe sono spesso spontanee, ma possono essere provocate dalle emozioni, dall'aumento della temperatura ambientale, dai pasti.

Sintomi meno comuni, ma non rari, sono gli altri disturbi nervosi, come la cefalea, i dolori in varie parti del corpo, le vertigini, il prurito diffuso o localizzato ai genitali.

Parecchie donne sono fortemente colpite dal climaterio e presentano veri e proprî disordini mentali.

Perchè questi si verifichino occorre uno stato costituzionale predisponente, che rende l'organismo più vulnerabile alle influenze psichiche o somatiche.

Vanno più frequentemente soggette a disordini mentali le donne, a temperamento eretistico, o nei cui precedenti individuali o familiari vi siano stati episodi psico-neurotici o psicotici.

Le condizioni ambientali di miseria o di malessere familiare, i traumi psichici, le malattie somatiche favoriscono lo sviluppo dei disordini mentali.

L'opinione generalmente diffusa che la menopausa costituisca per sè uno stato di malattia aumenta le ansie e le preoccupazioni di quel periodo; il che concorre ad accrescere lo stato di squilibrio emotivo.

Le complicazioni mentali del climaterio possono essere a tipo psiconeurotico e psicotico.

L'angoscia, la tristezza, il malessere fisico sono i sintomi basali della psiconeurosi, che differiscono solo per il grado dai disturbi che possono essere considerati come normali del climaterio. È difficile quindi delimitarli dalle reazioni normali: tuttavia si può considerare varcato il limite del patologico quando lo stato emotivo è persistente ed intenso al punto da determinare un'effettiva e pronunziata alterazione della condotta e una vera invalidità.

Strettamente parlando si può parlare di psiconeurosi quando lo stato di ansia è stato precipitato dalle angustie domestiche o da altre sventure, dalla stessa paura della menopausa e delle sue conseguenze, e che nello stesso tempo non è contaminata da veri elementi psicotici.

La distinzione con le psicosi è meno agevole quando lo stato di tristezza raggiunge la depressione o quando i sospetti, le gelosie, le false accuse verso il marito possono arieggiare a delirii. Al riguardo è a notare che la donna è messa in istato di sospetto e di irritazione dal fatto che il marito non si mostra più sessualmente premuroso o per l'indebolimento dei suoi poteri erotici in relazione all'età o anche per le diminuite attrattive della donna. Ciò aggrava la situazione.

Il climaterio, come la pubertà e la gravidanza, è il periodo nel quale la donna incorre più frequentemente in manifestazioni psicotiche.

La forma più comune è la malinconia.

La malattia s'inizia prima della cessazione delle regole con angoscia, apprensioni, paure (specie del cancro) irritabilità, insonnie, cefalea, senso di stanchezza. Tale sintomatologia evolve gradatamente verso la depressione e l'ipocondria.

Lo stato depressivo è persistente. Le idee ipocondriache si riferiscono al funzionamento imperfetto del tratto intestinale, del cuore e di altri organi.

I fatti illusionali ed allucinatori sono quasi costanti ed hanno un forte colore sessuale.

Le fasi di inattività che può raggiungere lo stupore possono essere separate da fasi di agitazioni. Si ha anche tendenza agli impulsi ed al suicidio, specie nelle fasi nelle quali la depressione è meno profonda.

Oltre la malinconia possono aversi durante il climaterio stati maniaci, psicosi paranoidi cronici, stati confusionali con allucinazioni. L'età del climaterio è quella nella quale suole manifestarsi nella donna la paralisi progressiva.

Per quel che riguarda la prognosi va notato che i disturbi vasomotori e nervosi, compresa l'instabilità emotiva, tendono a scomparire, e con la loro cessazione la donna entra in uno stato di serenità che è stato chiamato la pace autunnale dell'età media.

L'avvenire di quelle sofferenti di psiconeurosi dipende dall'ambiente familiare e sociale, e dall'attitudine della donna ad adattarsi alla scomparsa della giovinezza e della funzione riproduttiva.

La felicità domestica, l'attività intellettuale, la salute fisica agiscono meglio di qualsiasi psicoterapia.

Le possibilità di guarigione delle psicosi del climaterio dipendono da parecchi fattori, so-

pra tutto dai precedenti individuali e familiari e dalle cure fornite alle pazienti.

Ogni donna che si avvicina all'età critica deve essere protetta da ogni influenza fisica o psichica sfavorevole.

Essa deve vivere tranquillamente evitando tutto ciò che può nuocere alla sua salute somatica e mentale. Anche l'igiene del corpo deve essere particolarmente curata.

I preparati ovarici possono riuscire vantaggiosi. Quelli tiroidei lo sono quando vi sono sintomi mixedematosi, sono controindicati quando esistono disturbi da ipertiroidismo. In quest'ultimo caso giovano i bromuri, la belladonna, il bromidrato di chinino.

La psicoterapia è molto efficace nelle psiconeurosi e deve consistere nella suggestione. Le pratiche psicanalitiche sono molto pericolose nel climaterio.

Le forme psicotiche vanno curate negli istituti di cura per malati di mente. Dr.

La possibilità di eseguire auto-, omo- ed eterotrapianti ovarici (con prova istologica).

(Thorek. *Endocrinology*, luglio-agosto 1930).

Autotrapianti ovarici furono eseguiti con successo da Knauer, Grigorieff, Uffreduzzi, ecc. omotrapianti da Foa, Pettinari ed altri, mentre gli eterotrapianti fallirono.

Il successo dei trapianti dipende, secondo l'A., dalla sede in cui si fa, dall'età e dallo stato del trapianto, dall'affinità del sangue fra donatrice e ricevente.

Per la sede, l'A., ritiene da osservazioni sue che sede appropriata è lo spazio retrorenale. È bene operare simultaneamente la donatrice e la ricevente. I migliori risultati si hanno con donatrice giovane e con sangue dello stesso tipo nella ricevente e nella donatrice.

Il Thorek ha ottenuto la prova istologica dell'attecchimento di trapianto di ovaio umano nella scimmia (Macacusrhesus) ed è la prima prova del genere. Ha anche notato l'attecchimento di omotrapianto umano istologicamente accertabile due anni dopo l'operazione. Egli ritiene che nei trapianti di organi sessuali non si abbia il ringiovanimento, ma però i trapianti attecchiscono certamente e questo migliora le condizioni fisiche e psichiche e può ritardare l'insorgere della senilità. I successi sono migliori nelle donne che negli uomini.

R. Lusena.

Sulla terapia della leucorrea.

(M. Noè. *L'Ospedale Maggiore*, gennaio 1931).

Ci sono due specie di leucorrea: quella che accompagna lesioni genitali vere e proprie e quella che si ha ad organi integri e regolarmente funzionanti.

Di questa seconda specie, che si può chiamare essenziale si occupa l'A.

Il fluor proviene dalle ghiandole periuretrali, dalle ghiandole sebacee dei genitali esterni, dal trasudato dei vasi delle pareti vaginali e dalle ghiandole di Bartolini (il cui secreto è scarso quando la ghiandola non è malata) e contiene numerose cellule di sfaldamento e germi. Secondo Schröder è poco probabile la partecipazione dell'utero nella formazione della leucorrea.

Esiste certamente un fattore psichico, come pure uno costituzionale. Secondo Loeser c'è un rapporto diretto tra fluor e diatesi essudativa linfatica, ipoplastica e neuroartritica; secondo Revoltella-Natale la leucorrea è più frequente fra le bionde. Il sistema nervoso vegetativo interverrebbe aumentando o diminuendo la secrezione delle ghiandole cervicali e modificando la reazione del secreto vaginale. Kabhot ritiene nel 75 % di leucorrea in causa uno stato di ipotonia del vago.

Per quanto riguarda i rapporti fra leucorrea e blenorragia, l'A. ritiene che più spesso, contrariamente all'opinione generale, la blenorragia della donna è un'affezione discreta e dà solo segno di sè con manifestazioni a carico dell'uretra e degli annessi e che è frequentissimo riscontrare il gonococco anche in una secrezione limpida.

Un mezzo efficace di cura della leucorrea è quello di ripristinare la simbiosi normale fra la parete vaginale e i germi che la popolano o con l'introduzione di bacilli vaginali o dei mezzi nutritivi di essi (glucosio) o introducendo acido lattico. Noè si è servito di tamponi e medicature vaginali con soluzione debole di acido lattico mescolato ad uno dei suoi sali come soluzione tampone ed è riuscito così a mantenere a lungo l'acidità del secreto vaginale nonostante la continua diluizione con secrezione cervicale alcalina. Egli notò quasi sempre, anche dopo la prima applicazione, un evidente miglioramento e dopo parecchie applicazioni la guarigione della leucorrea o almeno la sua scomparsa per lungo tempo.

R. Lusena.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

C. GINI, M. BOLDRINI, L. DE BERARDINIS, G. ZINGALI. *Demografia, Antropometria, Statistica sanitaria, Dinamica delle popolazioni.* Un vol. in-8°, di 740 pag. Unione tipografico editrice Torino.

Di grande interesse si presenta per lo studioso questo volume del noto Trattato italiano di Igiene, che si viene pubblicando sotto la direzione del prof. O. Casagrandi.

Nella prima parte, il prof. Zingali si occupa della demografia propriamente detta (censimento della popolazione, nuzialità, natalità, mortalità, emigrazione).

Nella antropometria, il prof. Boldrini tratta la materia in modo da mettere bene in luce, per il dottore non specializzato, i procedimenti logici e tecnici; si occupa dei caratteri morfologici, fisiologici e psichici dei gruppi etnici, dei caratteri fisici delle razze europee e della ripartizione delle popolazioni secondo i caratteri fisici.

Il dott. De Berardinis riporta la documentazione statistica sanitaria compenetrata con le nozioni sull'eziologia delle varie malattie e l'esposizione dell'ordinamento sanitario.

Una vasta visione sulla dinamica delle popolazioni ci offre il prof. Gini, esaminando lo svolgersi del fenomeno nel tempo e nei varii stati del mondo, facendo calcoli e sviluppi per una previsione del futuro, investigando l'avvenire della razza bianca e concludendo per la teoria ciclica dello sviluppo delle nazioni. E — si domanda l'A. — « se le nazioni che noi ci compiacciamo di chiamare civili, si avviano verso la chiusura del loro ciclo, in quale parte del mondo si stanno maturando le stirpi destinate a prenderne il posto? » Affannosi problemi per chi sa vivere oltre le contingenze del momento e vuol *ficcar lo viso al fondo.* *fil.*

A. HERLITZKA. *Valutazione fisiologica degli atleti.* Un vol. in-16° di 280 pag., con 60 fig. e 24 tab. L. Cappelli ed. Bologna, 1931. Prezzo L. 15.

Molto opportunamente il fisiologo dell'Università di Torino ha pubblicato questo che egli con modestia da scienziato, chiama semplicemente « Saggio sulla fisiologia dell'atletica ». Allievo e continuatore del Mosso, era certo il più adatto per fornirci tale insegnamento.

Espone dapprima i metodi antropologici ed antropometrici, con la indicazione dei vari indici di robustezza usati. Passa agli esami funzionali dell'attività motoria, allo studio dei fenomeni chimici del lavoro e della fatica; esamina il ristoro della fatica, i fenomeni compensatori, i rapporti fra circolazione ed atletica, le prove di carico circolatorio e respiratorio.

La fisiologia dell'atletica, come osserva l'A., è una scienza che si viene formando ora e si trova in un periodo di così rapido e tumultuoso sviluppo che non è possibile, oggi, dare dei criterii fissi per la selezione degli atleti. Meglio è, quindi, evitare dei giudizi troppo decisivi che potrebbero anche gettare il discredito su questa scienza da parte degli sportivi, spesso *irritabile genus* su questo punto.

L'A. si limita, pertanto, a fissare i principii generali su cui si basa tale studio, a descrivere i metodi di ricerca e di elaborazione dei dati ed i giudizi generali che se ne possono trarre, fornendo opportuni consigli per la selezione. Libro di scienza e di pratica.

fil.

M. SENATOR. *Der gesundheitliche Wert des Reitens.* Un vol. in-16°, di 60 pag. Schickardt e Ebner edd. Stuttgart.

L'A. mette in rilievo i vantaggi igienici del cavalcare, ottima ginnastica attiva e passiva, già raccomandata da Platone, da medici, da igienisti e prediletta da uomini di stato, fra cui l'A. cita Bismarck ed il Duce, « *der grosse Staatsman des heutigen Italiens* », che mostra di apprezzare l'efficacia di un regolare esercizio di cavalcatura.

L'A. mostra come il calvalcare possa costituire anche un fattore terapeutico, accenna ai possibili svantaggi e termina con alcuni consigli generali. *fil.*

F. ABBA. *Nozioni di igiene scolastica.* Un vol. in-8° di 273 pag. con 56 fig. Edizioni de « L'Erma », Torino. Prezzo L. 20.

Il prof. Abba, di cui tutti conoscono le grandi benemerenze nel campo dell'igiene, ha riunito in questo libro le lezioni che egli tiene nell'Istituto superiore di Magistero (Erma) del Piemonte.

Il complesso programma di questo Corso è svolto mettendo in rilievo le nozioni essenziali, in modo da fornire ai giovani insegnanti delle idee chiare, precise, ordinate, tali da permettere ad essi un'efficace opera di propaganda e di istruzione igienica agli scolari che saranno loro affidati.

In questa prima parte è svolta tutta l'igiene: l'aria, l'acqua, le malattie infettive, la profilassi, l'igiene domestica, l'igiene scolastica, l'igiene del lavoro, la protezione della maternità ed infanzia, ecc.

Nella seconda parte, in corso di pubblicazione, troveranno posto le nozioni sull'anatomia e fisiologia del corpo umano.

fil.

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

A. BARTOLUCCI. *Produzione, Approvvigionamento e Controllo igienico del latte*. Un vol. in-16°, di 541 pag., con figure. Pubblicato a cura dell'Istituto sieroterapico milanese.

Il compianto prof. Bartolucci, mente di larghe vedute e con la viva passione per la scienza, aveva da molto tempo sentita la grande importanza del problema del latte, che era stato scarsamente curato in Italia, fino a pochi anni fa. Tecnico competente, ha trasfuso in questo suo libro per cui da anni veniva accumulando il materiale, la sua esperienza, la sua coltura, sicchè, oggi, il volume rappresenta una sintesi completa ed aggiornata di quanto si sa e si fa in materia.

La produzione, l'approvvigionamento, la conservazione, il controllo igienico nella produzione e nel commercio, l'analisi del latte, il latte come alimento, la legislazione sul latte sono gli argomenti trattati, con senso di praticità e con opportuni raffronti con quanto si fa all'estero. *fil.*

A. HOFFA. *Technique du massage*. Un vol. in 8° di 141 pag. con 85 fig. in nero e colori. Payot, ed. Paris, 1930. Prezzo fr. 40.

Il libro del prof. Hoffa, direttore della Clinica universitaria di ortopedica di Berlino, costituisce una guida precisa utile per il medico, il massaggiatore e per chiunque utilizza il massaggio medico ed igienico.

Una parte teorica chiaramente sviluppata serve da introduzione, indicando le varie forme di massaggio; sfioramento, impastamento, frizione, vibrazione, ecc. Nella seconda parte, l'A. espone la tecnica speciale del massaggio per ogni parte del corpo: arti, testa, collo, appendice, rene mobile, passaggio delle fratture e delle distorsioni, nelle neuralgie, ecc.

L'opera è stata ben tradotta dal Dott. F. Gidon ed è illustrata da belle figure.

fil.

L. TABARY. *Précis de massage scientifique, de déontologie et de séméiologie*. Un vol. in 16°, di 140 pag., con fig. N. Maloine ed. Paris, 1931. Prezzo fr. 10.

In questo « Breviario per il massaggiatore », l'A., dopo alcune nozioni generali sul corpo umano, specialmente sui muscoli e sulle articolazioni, tratta dei metodi del massaggio, degli effetti che se ne ottengono, descrivendo poi accuratamente i diversi modi di massaggio per le varie regioni, nonchè il massaggio essenzialmente chirurgico.

Dà poi dei consigli generali, accennando ai principî deontologici, fornendo delle indicazioni di semeiologia e sul modo di trattare col massaggio le diverse malattie.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Seduta del 30 aprile 1931.

Presidente: J. CAPPELLI.

Infarcimento emorragico delle surrenali da trombosi venosa.

Dott. G. B. GIULIANINI. — L'O. illustra 3 casi di trombosi delle vene surrenali con infarcimento sanguigno e distruzione notevole del parenchima delle capsule, rispettivamente unilaterale in due bambini l'uno di un anno, l'altro di 17 giorni, bilaterale in un uomo di 60 anni.

Commento epicritico dei casi riferiti ad esposizione delle cognizioni che attualmente si hanno sull'argomento.

Azione ipotensiva dello zolfo. Ricerche cliniche sugli ipertesi.

Dott. C. PECORARO. — L'O. passati in rassegna numerosi studi recenti sopra le varie azioni farmacologiche dello zolfo, espone alcune ricerche cliniche, da lui eseguite, che hanno messo in evidenza una netta azione ipotensiva di questa sostanza.

Le ricerche sono state condotte sia su individui con PA normale, sia su individui con ipertensione di varia natura. Nei soggetti con pressione normale l'O. non ha notato, in seguito a somministrazioni parenterali (sottocutanea ed endovenosa) di S., alcuna modificazione notevole della PA., salvo lievi oscillazioni di pochi mm. di Hg., che possono rientrare in variazioni normali.

In un gruppo di malati invece, comprendente 10 individui affetti da ipertensione di varia natura e di varia entità, l'O. ha visto che lo S ha una notevole azione ipotensiva, producendo un abbassamento della pressione, specie di quella massima, in certi casi anche di 50 mm. di Hg. Questa azione ipotensiva raggiunge il suo massimo dopo circa un'ora o due dall'iniezione, dopo di che la PA tiene a risalire lentamente: nella generalità dei casi dopo 24 ore la PA non è ancora tornata al valore di partenza.

Continuando per vari giorni la somministrazione dello S., la PA di questi soggetti si mantiene durevolmente più bassa, sebbene la variazione sia di grado più lieve in confronto agli abbassamenti iniziali.

Insieme all'ipotensione l'O. ha notato rallentamento dell'azione cardiaca e, sebbene non costantemente, aumento del riflesso oculo-cardiaco, ciò che farebbe presumere un'azione eccitatrice sul vago dello S.

L'azione ipotensiva è più evidente nelle forme di ipertensione senza substrato anatomico rilevante, che in quelle accompagnate da alterazioni sclerotiche.

Contributo clinico e radiologico allo studio dei "tumori a mieloplassi ,,.

Dott. D. MESSUTI. — L'O. descrive un caso di « tumore a mieloplassi » dell'epifisi superiore del femore in una donna di 25 anni, la quale fu sottoposta ad intervento conservativo.

Presenta successive radiografie praticate a distanza di tempo vario per dimostrare la tumul-

tuosa progressione del male che condusse a morte l'ammalata a distanza di circa due anni dall'intervento.

Dopo essersi intrattenuto sui reperti clinici e radiologici dei tumori delle ossa e particolarmente sui « tumori a mieloplassi », fa un'accurata discrimina circa la benignità o malignità di questi tumori e sulla tecnica chirurgica da seguire per aggredirli e distruggerli nel modo e nel tempo più opportuni.

I Segretari: Prof. L. PICCHI e P. NICCOLINI.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 1° maggio 1931.

Presidente: Prof. A. FERRATA.

Il prof. A. MIGLIAVACCA riferisce *su un metodo curativo e profilattico dell'afta epizootica nei bovini.*

Il prof. EDOARDO ZAVATTARI descrive *un caso di pseudoscabbia in un libico da « Psoroptes gazellae ».*

Sopra un caso di ritenzione vescicale permanente completa senza ostacolo meccanico, guarita mediante cistotomia e divulsione digitale del collo.

E. GIOJA. — Un individuo di 72 anni assai robusto, mangiatore formidabile, da circa 20 anni soffre di disuria, con tenesmo vescicale, pollachiuria, spasmi vescicali dolorosissimi. Non ha mai fatto cure, sinchè, a un dato momento, preceduta da passeggera ematuria, compare ritenzione permanente completa. La cistoscopia dimostra una cistite del fondo e del collo, parzialmente incrostata. La prostata è piccola, non esistono restringimenti uretrali. Poichè la ritenzione non accenna a scomparire, l'O. pratica la cistotomia sovrapubica, l'asportazione dell'arenula depositata sulla mucosa del trigono vescicale (urato sodico) e la divulsione digitale del collo. Il detrusore era enormemente ipertrofico. Dopo dieci giorni, soppresso il catetere a permanenza, l'operato urina con bel getto, come da venti anni non gli era possibile, e tale risultato terapeutico si mantiene immodificato ancora dopo quasi due anni, benchè l'individuo non abbia più fatto cure di sorta, e benchè le sue urine, viste di recente, siano ancora torbide per muco e pus, e decisamente alcaline.

A spiegare un risultato così straordinario con un temperamento così semplice, l'O. fa due ipotesi: o che la malattia primitiva consistesse in un'ipertrofia del collo, aggravata poi da cistite, o che si trattasse invece di una cistite che aveva provocato secondariamente una ipertonicità o spasmo riflesso del collo. Non può portare alcun argomento positivo a sostegno della prima ipotesi; a sostegno della seconda invoca un argomento di analogia, ricordando lo spasmo dello sfintere anale determinato dalla ragade, e la guarigione di questa con la divulsione dello sfintere anale.

Nessuna delle spiegazioni od ipotesi prospettate gli sembra però soddisfacente, tantochè è indotto a pensare a qualche fattore, forse di indole nervosa simpatica, non ancora ben noto nel suo meccanismo di azione. Conclude affermando che nel suo caso si trattava di un ostacolo funzionale e non meccanico alla minzione, e auspicando che le questioni patogenetiche relative a molte iscurie e particolarmente a quella prostatica, vengano sottoposte a riesame con nuove direttive e sotto altra luce.

Contributo alla conoscenza della nefropielocistite colibacillare consecutiva ad appendicite subacuta recidivante con stipsi cronica.

E. GIOJA. — In due giovani donne, con fatti di metrite cervicale, e in una anche di annessite, insorse, a un certo periodo, stitichezza, e poscia attacchi dolorosi col tipo di un'appendicite subacuta recidivante. A queste crisi dolorose fecero seguito, a breve distanza, coliche renali, con pollachiuria. bruciore uretrale, tenesmo vescicale, piuria, colibacilluria. In uno dei casi le coliche furono sempre limitate al lato destro, nell'altro si estesero ad entrambi i lati. La diagnosi clinica, data la mutevole fisonomia degli attacchi dolorosi e la loro parziale sovrapposizione, rimase per qualche tempo indecisa. Poi varie indagini, ma sopratutto il decorso della malattia portarono al convincimento che la fonte primitiva dei disturbi fosse da ricercare nell'appendico-tiflite e nella stipsi. Si praticò l'appendicectomia e la cecoliberazione con l'interruzione e parziale estirpazione di membrane avvolgenti il ceco e parte del colon: le appendici estirpate non presentavano segni di flogosi acuta, ma alterazioni simili a quelle che si riscontrano nell'appendicite subacuta o cronica. In entrambi i casi si è avuta la scomparsa di ogni disturbo, e anche della stitichezza. In uno dei casi questa però ricomparve transitoriamente in coincidenza di un attacco influenzale, e poco dopo la donna fu colta ancora da due lievi coliche renali con sintomi vescicali, fatti dileguatisi rapidamente in modo spontaneo, mentre a distanza di quasi un anno persiste ancora una colibacilluria asintomatica. Nel secondo caso l'O. potè provare con minuziose prove culturali l'identità del colibacillo di provenienza urinaria con quello isolato dall'appendice.

Prendendo in considerazione la patogenesi della malattia, l'O. esprime l'avviso che l'infezione delle vie urinarie fosse avvenuta pel passaggio in circolo del colibacillo dall'intestino, passaggio favorito dalla stipsi e dagli attacchi appendicolari; richiama inoltre l'attenzione sulla probabile influenza esplicata dai disturbi genitali nel favorire l'insorgenza della stitichezza, della quale le inferme mai, prima d'allora, avevano sofferto. Esclude nei suoi casi la via ascendente come causa della nefropielite, che ritiene invece di origine discendente od ematica (da colibacillemia). A spiegare il fatto che in un caso le coliche si presentarono solo a destra, e che nell'altro iniziarono a destra, e solo più tardi comparvero anche a sinistra, espone alcune considerazioni intese a dimostrare che il rene destro era il più predisposto all'attecchimento dell'infezione colibacillare. Propone infine di estendere sistematicamente la ricerca della batteriuria e della batteriemia a tutti i casi di appendicite acuta, subacuta e cronica accompagnati o non da stasi fecale, per deduzioni scientifiche e le eventuali applicazioni pratiche che potrebbero scaturire da questa interessante ricerca.

E. GIOJA riferisce su *ricerche sperimentali sui veleni del B. coli.*

Il Segretario: P. INTROZZI.

Società di Scienze Mediche di Conegliano e Vittorio.

Seduta del 27 marzo 1931.

Presiede il Prof. DE GIRONCOLI.

Un nuovo metodo di pielografia endovenosa (l'abrodil).

Prof. DE GIRONCOLI e dott. FACCINI. — Il primo riferisce che dopo l'uroselectan furono proposti altri preparati per la pielografia, tra cui l'abrodil fin dallo scorso autunno sperimentato dall'O. che ne presentò i risultati al Congresso di Roma. La formula chimica è 1 CH_2 SO_3 Na, è isotonico al sangue e ne descrive i caratteri fisici ed organolettici. Egli è soddisfatto del nuovo mezzo che dà ombre di contrasto più nette e più rapide dell'uroselectan e lo consiglia perchè di più facile preparazione e la soluzione è più stabile da usarsi nella proporzione del 20 %, pari a cmc. 60.

Il secondo mostra parecchi radiogrammi ottenuti dopo 3, 5, 40 minuti. Il momento nel quale appare più intensa l'ombra di contrasto è dai 15 ai 20 m.' in condizioni normali, e lo preferisce per la maggiore opacità all'uroselectan.

Alla discussione prende parte il socio VIETTI che a sua volta mostra altri radiogrammi ottenuti coll'uroselectan di cui si addimostra soddisfatto avendo ottenuto la stessa ombra di contrasto come nella pielografia retrograda.

GROLLO domanda se vi sono delle controindicazioni per l'uso dell'abrodil.

DE GIRONCOLI risponde che per quanto riguarda la dose massima da usarsi è di gr. 35 ma in commercio le fiale sono di gr. 20, dose solitamente usata perchè riscontrata sufficiente da sciogliersi in cmc. 50 di acqua bollita distillata. Sulle controindicazioni non può per ora pronunciarsi, ritiene però che esse sieno eguali tanto per l'uroselectan che per l'abrodil e possono essere tanto di natura medica che di natura chirurgica.

Pericolecistite senza colecistite.

Dott. FACCINI. — L'O. considera tale stato morboso alla stregua delle visceriti e periviscerití nelle quali manca talora il corrispondente anatomopatologico di lesione ulcerativa a carico del segmento gastro-intestinale; e ciò in base ad osservazioni su pazienti che presentavano sintomatologia di colecistite pur essendo apparsa la vescichetta radiologicamente di grandezza, e forma armonica colla combinazione morfologica dei soggetti, di opacità uniforme e dotata di buona contrattilità. Per questi fatti conclude per la esistenza di pericolecistite senza interessamento della colecisti. All'atto operativo fu riscontrata la pericolecistite a volte con aderenze estese anche al bordo inferiore del fegato o al duodeno o all'antro gastrico con la colecisti normale per opacità, grandezza e pel svuotamento facile del suo contenuto.

L'O. conclude che, pur non potendo sempre senza esame istologico rilevare la normalità di un viscere, si deve riconoscere anche all'anatomia patologica macroscopica un grande valore nel giudizio sintetico.

Fa seguito l'interessante discussione tra i soci DE GIRONCOLI, GROLLO e VIETTI.

A proposito della polmonite dell'apice.

Prof. TRAMONTINI. — L'O., rilevate le difficoltà diagnostiche della polmonite apicale al suo inizio, ricorda come spetti al Cardarelli il merito di aver segnalato per primo esser la regione ascellare il punto ove compaiono i primi segni steto-acustici.

Tripier con dati desunti da necroscopie, Weill e Mouriquand con dati radiologici, fatte proprie assai più tardi le osservazioni del geniale clinico di Napoli, hanno dato la dimostrazione dell'assenza all'inizio dei consueti segni fisici nelle regioni apicali e della loro comparsa alla regione ascellare. L'O. fatto un rapido esame dei sintomi presentati nelle polmoniti apicali dai vecchi, dai tarati (specie alcoolisti), dai bambini, mette in rilievo l'importanza dello skodismo infraclaveare quale segno di enfisema vicariante al disopra e di lato del lobo epatizzato, e conclude confermando come la polmonite dell'apice nei sani decorra a sua volta (meno una più spiccata reazione dei centri nervosi e una più lenta risoluzione) in modo tipico.

Occlusione intestinale da diverticolo di Meckel.

Dott. TOMASI. — L'O., rammentate le difficoltà diagnostiche della diverticolite e delle occlusioni da diverticolo, descrive un caso di occlusione intestinale in bambino di 4 anni nel quale lo strozzamento era dovuto ad un diverticolo sito a 80 cm. a monte dell'appendice, che abbracciava un'ansa del tenue con doppio nodo, mentre questa fu riscontrata normale. L'O. ne descrive la struttura e, ricordate le recenti scoperte che dimostrarono l'esistenza di zone mucose eterotopiche, rammenta le diverse cause di occlusione intestinale dovute allo stesso, consigliando praticamente a pensare come cause di sindromi peritoneali acute anche alla presenza del diverticolo di Meckel. *Il Segretario*: Dott. P. FABRIS.

Società Medico-Chirurgica Trevisana.

Seduta del 29 maggio 1931.

Presidente: Prof. P. L. FIORANI.

La dieta Gerson nella tubercolosi polmonare.

Dott. MARIO TABANELLI. — L'O., esposti i criteri sui quali è basata la terapia dietetica di Gerson, riferisce i risultati ottenuti in cinque casi di tubercolosi polmonare in differente stadio di evoluzione, tenuti in osservazione per circa un anno. Dopo aver studiato il comportamento della temperatura, del peso, degli elementi figurati del sangue, dell'espettorato e del reperto polmonare prima, durante e dopo la cura, conclude di aver ottenuto sempre un peggioramento nelle condizioni di nutrizione e sanguificazione, nelle condizioni polmonari, e d'aver riscontrato per lo più un peggioramento generale, mai un miglioramento. Nessuna influenza sull'abbassamento della temperatura, sulla diminuzione della quantità dell'espettorato, sulla presenza del b. di Koch. Per contro potè constatare miglioramenti dello stato generale e locale negli stessi pazienti tanto prima che dopo di essere stati sottoposti alla Gersonterapia, e ciò mediante il trattamento con le comuni diete per tubercolosi.

Il dott. BIFFIS riferisce *su di un caso di sodoku.*

Su di una recente modifica nella tecnica della rachianestesia.

Dott. N. Zacchi. — L'O., sulla scorta di circa un centinaio di rachianestesie, espone i buoni risultati ottenuti dall'iniezione endovenosa preventiva di liquido cefalo-rachidiano preso dallo stesso ammalato. Tale iniezione, di cui espone particolareggiatamente la tecnica, evita gli accidenti immediati che talora accompagnano questa forma di anestesia, e previene quelli lontani.

Sulla tecnica operatoria delle ureterotomie.

Dott. N. Zacchi. — Consiglia in tutti gli interventi sull'uretere l'applicazione di un catetere vescicale a permanenza che, funzionando da sifone, ed assicurando il continuo deflusso d'orina, permette di togliere il drenaggio in brevissimo tempo, consentendo così la normale cicatrizzazione della ferita operatoria.

Fibromioma libero nel cavo addominale.

Dott. A. Cestér. — L'O. espone un caso di fibromioma libero nel cavo addominale, interessante per le difficoltà diagnostiche e per la sua rarità. Si tratta di un tumore grosso quanto una testa d'adulto, di origine sicuramente annessiale, del peso di chil. 2,850. La forma, la mobilità del tumore facevano pensare a neoformazioni d'altra natura (cisti), mentre la diagnosi esatta (confermata dall'esame istologico) si potè stabilire solamente dopo l'atto operativo.

F.

Società Italiana di Pediatria.

(Sezione Piemontese).

Seduta del 14 aprile 1931.

Presiede il Prof. G. B. Allaria.

Il dott. Arturo Bonini riferisce su un *contributo casistico e critico alla conoscenza della eritrodermia desquamativa dei neonati (malattia di Leiner) e della dermatite esfogliativa (malattia di Ritter).*

Il dott. Amedeo Inglima riferisce su *un caso di diabete renale infantile.*

Il dott. L. Greppi accenna alla questione della *distribuzione della anemia splenomegalica infantile in provincia di Novara.*

Anemia da latte di capra.

Dott. G. Currado. — Dopo avere accennato alle ipotesi eziopatogenetiche più correnti ed ai rapporti di questa malattia col gruppo delle anemie splenomegaliche, l'O. riferisce il seguente caso:

Bimbo di tre mesi, secondogenito, gentilizio sano. Allattamento materno pressochè esclusivo durante i primi due mesi, poi sostituzione quasi completa del latte materno (causa una progressiva ipogalattia) con latte di una vecchia capra. Durante il terzo mese due episodii dispeptici di considerevole importanza. I disturbi gastro-intestinali non sono ancora cessati al momento della accettazione del b.

All'e. o. stato di nutrizione e turgore scadenti, peso gr. 4570, pallore assai spiccato, notevole depressione generale. Leggera bronchite. Fegato due dita sotto l'arco. Milza distintamente palpabile, molle. Urine normali, non urobilina. Es. sangue: Hb. 39, gl. rossi 3 milioni, val. glob. 0,65; gl. bianchi 6950 (neutrof. 41, eos. 2, bas. 0, linfociti 50, gr. mon. 4, mieloc. neutrof. 3). Spiccata anisocitosi, policromatofilia; numerosi eritroblasti basofili, rare forme megaloblastiche.

Si somministra, in luogo del latte di capra, latticello e latte in polvere, e si inizia una cura di protossalato di ferro e di vitamina.

Dopo una settimana condizioni generali apparentemente migliorate, cessata la diarrea; gl. rossi 2.900.000, Hb. 35. Il bambino viene riportato a domicilio ed alimentato con latte in polvere e poi con latte vaccino. Lo si rivede dopo 6 settimane: stato generale ottimo, gl. rossi 5.600.000, Hb. 100, gl. bianchi 7000. Scomparse tutte le forme immature.

Notizie ulteriori confermano la guarigione.

Sopra un caso di "encefalite,, parotitica.

Prof. Piero Fornara. — L'O., ricordata una propria antecedente comunicazione, in cui espose — tra le complicazioni della parotite epidemica — un caso con sintomi encefalitici a tipo coreico ed uno con sintomi clinici ed umorali meningei, riferisce su di un altro caso osservato in bambina di sei anni, a temperamento isterico, nella quale sei giorni dopo la parotite comparvero disturbi nervosi a tipo di piccole convulsioni toniche, con sonnolenza e successivamente mutismo, disturbi paretici agli arti e disturbi sfinterici: il mutismo lentamente cedette per dar luogo prima a una evidente palilalia, poi ad una parola normale. Ora, a distanza di sette mesi, persistono fatti paretici agli arti inferiori con amiotrofie degli estensori, spasmo dei flessori, iper-riflessia a destra, ipo-riflessia a sinistra, marcata ipo-eccitabilità elettrica dei muscoli, movimenti intermedii tra i « tics » e l'atetosi.

Su due casi di cuore da grosso timo.

Dott. F. Stoppani e dott. M. Scarzella. — Gli OO., dopo avere trattato brevemente la questione del cuore da grosso timo, ne illustrano due casi osservati in due bambine rispettivamente di venti e quaranta mesi. La prima aveva presentato sin dalla nascita stridore in- ed espiratorio, accessi dispnoici e bronchiti a ripetizione; nella seconda, eccezione fatta di una lieve dispnea dopo le fatiche, i parenti non avevano osservato alcunchè di particolare. L'esame clinico metteva in evidenza, accanto ai segni di una ipertrofia timica, una notevole dilatazione dell'area cardiaca, e alla ascoltazione, si rilevava su di essa un rumore di soffio sistolico. L'indagine radiografica ha acconsentito di rilevare sia una ipertrofia dei lobi laterali del timo, sia un aumento del volume del cuore.

Interloquisce il prof. dott. Alberto Muggia.

Il dott. A. Lucca riferisce *sul valore di alcuni dati antropometrici del Pirquet per il calcolo del fabbisogno alimentare.*

Il prof. dott. E. Meynier fa alcune osservazioni *sul mutismo nelle malattie infettive.*

Il Segretario: Dott. G. Salvetti.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Le glicosurie innocenti.

Dallo studio di 91 casi in cui una glicosuria benigna fu diagnosticata in base ai risultati della prova di tolleranza al destrosio, somministrato oralmente, H. Powelson e R. Wilder (*Journal of the Am. Med. Ass.*, 9 maggio 1931) traggono alcune conclusioni interessanti a conoscersi.

La glicosuria benigna non presenta segni definiti, e molti casi probabilmente sfuggono alla diagnosi: la glicosuria normoglicemica è senza dubbio rara. I pazienti con glicosuria benigna diminuiscono di peso e di forza se sottoposti al trattamento dietetico diabetico o riguadagnano peso e forza se questo trattamento viene rimosso.

Il trattamento con insulina può dare in questi malati disturbi notevoli. D'altra parte il vero diabete mellito dovrebbe essere riconosciuto precocemente e trattato appropriatamente in modo da arrestare la sua normale tendenza progressiva.

La prova di tolleranza del destrosio può essere un ottimo mezzo per differenziare la glicosuria normoglicemica dal diabete mellito precoce o lieve: di 82 casi diagnosticati come glicosuria normoglicemica mediante questa prova, in nessuna il diabete mellito si sviluppò in seguito ed i pazienti furono seguiti per la durata di 1 a 2 anni.

Il carattere familiare della glicosuria normoglicemica è illustrato da una famiglia nella quale la madre e quattro su 6 figli avevano questo disturbo.

Questi casi di « diabetes innocens » e di iperglicemia alimentare dovrebbero essere trattati come diabete mellito fino a quando essi non saranno riconosciuti innocenti da una lunga osservazione. I casi di glicosuria della gravidanza sono generalmente espressione di una glicosuria normoglicemica, ma la prognosi in questi casi non è sempre favorevole. I casi di glicosuria che accompagnano la foruncolosi ed altre condizioni saproemiche possono essere innocenti ma il loro carattere benigno deve essere dimostrato dalle prove di tolleranza ripetute più tardi. Il vero diabete mellito può essere accompagnato da un abbassamento della soglia renale, che aggiunge difficoltà ad un trattamento efficace. G. LA CAVA.

Osservazioni sulla sindrome ipoglicemica.

Reinwein (*Deut. Med. Woch*, n. 14, 1931) ricorda che, malgrado le brillanti proprietà dell'insulina, pure gli effetti reali della sua applicazione in pratica sono ben lungi dall'essere come era lecito sperare: e ciò dipende dal fatto che la cattiva conoscenza dei disturbi che l'insulina può dare, ha ingenerato un mal inteso timore del farmaco, restringendone notevolmente l'uso e l'efficacia.

La somministrazione poco oculata dell'insulina può determinare l'insorgenza di un complesso di sintomi che vanno attribuiti alla ipoglicemia.

Anzitutto, disturbi psichici; un commerciante, diabetico da lunga data e trattato con insulina, durante un periodo di forti diarree venne colto da attacchi di pazzia furiosa, che guarirono con la somministrazione di zucchero: si noti che, durante le diarree, le enteriti, ecc., l'assorbimento dei cibi viene ridotto, e l'insulina, se non è anch'essa diminuita, diventa eccessiva; onde i disturbi.

Un'altra diabetica, avendo mutato l'ordinaria somministrazione dell'insulina, veniva a prendere 40 unità notevolmente prima del pasto: venne allora colta da riso convulso, immotivato e infrenabile, il sensorio si fece ottuso, il volto irrigidito: la glicemia era di 0,50 ‰; sotto l'iniezione di glucosio l'inferma andò rapidamente riprendendosi.

Un custode, vecchio diabetico, sotto regime d'insulina, un giorno, dopo aver fatto un lungo giro in bicicletta, è colto, mentre giocava a carte, da un senso di confusione mentale; va a letto e ivi comincia a fare discorsi incoerenti: un medico accorso pensò ad una ipoglicemia, e fece un'iniezione di zucchero; ma, poichè l'infermo non migliorava subito (si noti dunque che il miglioramento non è sempre rapido), cambiò parere e iniettò 50 unità d'insulina; (ma non esaminò, come avrebbe dovuto, l'urina, in cerca di zucchero e d'acetone).

Le condizioni si fecero gravissime, respiro profondo e regolare, incoscienza completa, di tanto in tanto attacchi epilettici, schiuma alle labbra; pupille però reagenti); solo l'abbondante iniezione di zucchero fece lentamente risalire il tasso glicemico che era sceso a 0,30 ‰.

Un quarto individuo, colpito durante un trattamento insulinico (70 U. al giorno) da vomiti ripetuti, cadde in uno stato d'ipoglicemia (0,30 ‰) che si rivelò con atti incomposti, fuga nel giardino dell'Ospedale e resistenza furiosa agl'infermieri. L'iniezione di glucosio fece rapidamente calmare l'infermo.

Un altro presentò, in occasione di uno stadio acuto d'ipoglicemia, dei tipici attacchi epilettici, con un completo quadro sintomatico, ed un evidente riflesso di Babinsky; quest'ultimo fatto è stato già notato da altri AA. che gli danno importanza per la diagnosi differenziale con il coma diabetico.

Che malati, come questo, presentino sindromi ipoglicemiche durante il corso regolare di un diabete, si può spiegare ammettendo o che

il sistema insulinico del malato, in quel momento, si fosse ripreso, o che la glicemia fosse già discesa pur senza dare, come fa di solito, alcun disturbo.

Talora l'ipoglicemia dà sintomi cerebrali a focolaio, che fanno pensare a malattie organiche, talora si tratta di vere manifestazioni apoplettiformi.

Tipico è l'esempio di un diabetico con glicemia altissima 3 ‰, in cui dopo lunga cura insulinica, improvvisamente si ebbe perdita della coscienza, perdita di reazione delle pupille, incontinenza di urine e di feci; in questo caso furono necessari ben 45 gr. di zucchero, per via endovenosa, in più volte e 1 mg. di adrenalina per trarre il paziente dal letargo in cui era rimasto per quasi 12 ore.

Probabilmente, in questo caso, si trattava di una ipoglicemia centrale, con forte diminuzione dello zucchero in qualche zona molto sensibile: certo, l'anamnesi precedente del paziente e la sua alta pressione fecero dapprima pensare ad un ictus apoplettico.

Le ricerche istopatologiche su questo problema sono scarse, ma Wohlwill ha osservato in due malati, morti per ipoglicemia, ameboidosi della glia e degenerazione dei cilindromi; altri parlano di edema cerebrale, che spiegherebbe gli attacchi convulsivi.

Un diabetico di media gravità, a cui per la coesistenza di un processo tubercolare, si dava un vitto abbondante sotto la protezione di 50 unità di insulina, improvvisamente comincia a vomitare (il vomito è spesso il primo disturbo!) indi si fa irrequieto, poi cade in sopore: all'iniezione endovenosa di 5 gr. di soluzione di glucosio riprende subito e completamente i sensi, ma non ricorda quel che è avvenuto.

Un'ora dopo, ricade di nuovo in un accesso di pazzia furiosa da cui si risveglia dopo una seconda iniezione di glucosio.

Ricapitolando, l'ipoglicemia si combatte agevolmente; basta diagnosticarla in tempo!

Si fa più spesso diagnosi di coma diabetico, magari a torto, che di ipoglicemia; i medici non sono familiarizzati con questa diagnosi, e si dimenticano sempre di esaminare le urine del paziente (non dimenticar mai il catetere!).

È opinione diffusa che l'ipoglicemia proceda con crampi; essi invece possono mancare spesso.

L'iniezione di zucchero è certo l'unico rimedio, ma non sempre agisce immediatamente, bisogna non scoraggiarsi e ripeterla.

V. SERRA.

TERAPIA.

Il minimum di sintomi dell'appendicite che giustifichi l'intervento.

Dice J. L. Faure: « Vi è per il medico molto minore responsabilità a fare operare una appendicite che non esiste nel timore di non fare operare una vera appendicite, piuttosto che a non fare operare una vera appendicite, nel timore di fare operare una appendicite che non esiste ».

I medici cominciano ora a comprendere tutta l'importanza dell'intervento rapido precoce nell'appendicite appena diagnosticata. Ma ecco la questione delicata: Si tratta o non si tratta di una crisi di appendicite? In altre parole esistono uno o più sintomi che da soli consiglieranno l'operazione immediata, senza attendere una sintomatologia completa?

A questa domanda risponde Guimy (*Archives Médicales Belges*, febbraio 1931) con una breve rivista dei sintomi dell'appendicite, bastanti a stabilire una diagnosi e ad attuare quindi un immediato intervento.

Il segno principale è il *dolore*, non oscuro, indistinto, bensì vivo, talvolta a colpo di pugnale. Può essere di corta durata e essere già sparito all'arrivo del medico od in seguito ad iniezioni di morfina, in questi casi si ha dolore alla pressione. Il dolore segue l'evoluzione della malattia. Si attenua il dolore, si attenua l'appendicite.

Quando l'appendice è anteriore il dolore alla pressione è superficiale e facile a risvegliarsi. Se l'appendice è retrocecale, il dolore si presenta nella fossa lombare: nelle appendici situate profondamente nella cavità pelvica il dolore si risveglia talvolta solo con l'esplorazione rettale o vaginale.

Un dolore vago, diffuso, non è sintomatico dell'appendicite. Il segno più importante dopo il dolore è il vomito, la nausea: nessuna affezione dell'addome provoca così frequentemente il vomito come l'appendicite.

Anche il vomito spesso, come il dolore, segue parallelamente il progredire o il regredire del male.

Bastano questi due sintomi riuniti per stabilire la diagnosi d'appendicite e proporre l'intervento.

Anche la difesa muscolare della parete è un segno eccellente, ma manca quando l'appendice è retrocecale. Si sono visti dei malati con appendici cancrenate, in cui questo sintoma mancava completamente. D'altra parte la perforazione dell'appendice è sempre contrassegnata da una forte difesa muscolare delle pareti.

Il piastrone, la zona di ottusità sono sintomi di un'appendicite che ha subìto la sua evoluzione ed indicano una raccolta purulenta o un magma fibroso.

La costipazione e l'arresto dei gas non hanno grande importanza per quanto frequenti.

Si dà di solito grande importanza alle modificazioni del polso e della temperatura.

Il *polso* subisce spesso il contraccolpo della crisi dolorosa e si accelera, ma si può avere anche al contrario un rallentamento. In alcuni casi il polso resta normale. La tensione del polso è più importante della frequenza: un

polso molle indica sempre uno stato molto grave.

La febbre manca raramente: ma spesso è poco accusata (37°.3-37°.5). Si sono viste però appendici perfino gangrenate che non avevano portato nessuna elevazione termica. Aspettare quindi la febbre per stabilire la necessità dell'intervento significa battere una falsa strada.

In conclusione si può dire che il dolore vivo, acuto, *a poussée* e il vomito sono i sintomi più fedeli dell'appendicite che permettono da soli di imporre l'intervento: gli altri sintomi serviranno a meglio confermare la diagnosi.

G. LA CAVA.

Il trattamento dell'ulcera peptica con mucina gastrica.

Un agente terapeutico ideale per combattere l'azione irritativa del succo gastrico sull'ulcera peptica dovrebbe aver la proprietà di neutralizzare o combinarsi con l'acido senza stimolare o deprimere la secrezione gastrica, senza alterare la funzione gastro-intestinale, senza avere infine un'azione sistematica generale.

Le polveri alcaline usate finora a questo scopo non hanno dato risultati ideali.

S. J. Fogelson (*Journ. A. Med. Ass.* 28 febb. 1931) basandosi sulle osservazioni dei fisiologi Heidenhein e Paulov i quali hanno stabilito che la mucina gastrica è un antiacido ideale in quanto si combina prontamente con gli acidi liberi, ha azione protettiva e lubrificante sulle membrane mucose e non dà alterazioni della motilità e della secrezione gastro intestinale, ha tentato la cura dell'ulcera peptica con mucina gastrica di maiale.

In 12 pazienti con storia classica e conforto radiologico di ulcera peptica, la somministrazione tre volte al giorno di un'oncia di mucina gastrica di maiale più 30 gr. giornalieri di mucina in forma di pillole, produsse scomparsa completa dei sintomi per periodi varianti da 2 a 5 mesi.

Le esperienze fatte sui cani confermarono il concetto terapeutico dimostrando che la mucina gastrica è un lieve eccitante della secrezione gastrica e possiede un alto potere di combinazione.

G. LA CAVA.

Il trattamento delle crisi acute e subacute di costipazione.

Si osservano tali crisi in individui di ogni età (costretti all'uso quotidiano di lassativi) sotto l'influenza di cause occasionali, come emozioni, stanchezza, ecc. Dopo avere aumentato le dosi del lassativo consueto e poi aggiunto altri mezzi di azione senza altro risultato che delle piccolissime scariche liquide o semiliquide, il costipato finisce per consultare il medico.

Se se ne esclude il fatto che manca la ritenzione assoluta di gas, il quadro clinico può realizzare la sindrome dell'occlusione intestinale. Non si deve dimenticare che degli accidenti identici possono essere la prima manifestazione clinica di una lesione a focolaio, specialmente di un neoplasma, o di una dolicosigmoidite confinante con una megasigmoidite, fino allora ignorate. Tali ipotesi vanno tenute presenti durante l'esame del malato, che deve essere minuzioso.

Come trattamento è necessario anzitutto il riposo assoluto, con larghe compresse sul ventre. Dieta a base di brodi di legumi, con un po' di vermicelli o di tapioca. Soppressione di ogni lassativo (pillole, tisane e specialmente solfato di sodio), come pure dei clisteri.

Somministrazione quotidiana di olio di paraffina e di mucillagine, alternati nella giornata. Se vi è spasmo concomitante del colon, prendere ogni giorno, in quattro volte, una cartina con: Sottonitrato di bismuto g. 4 (oppure carbonato di calcio leggero g. 4); Magnesia calcinata g. 2; Polv. di foglie di belladonna cg. 5.

In pochi giorni i fenomeni reazionali scompaiono; si ottiene una prima scarica, raramente abbondante, si aumenta allora progressivamente la razione alimentare vegetariana, con esclusione di tutti i legumi scoriacei e delle frutta.

Le funzioni intestinali diventano poco a poco normali e si può allora istituire il trattamento di fondo della costipazione abituale.

Nella maggior parte dei casi il corso normale delle feci si ristabilisce poco a poco, senza nessuna scarica abbondante di sostanze da stasi (anche dopo 10-15 giorni di costipazione assoluta), contrariamente a quanto accade per l'ostruzione stercorale parossistica dei vecchi.

(*Journ. de méd. de Paris*, 5 marzo 1931).

fil.

Il sottonitrato di bismuto nei disturbi nervosi e circolatori paradigestivi.

Sono note la frequenza e l'importanza delle ripercussioni che i disturbi digestivi possono avere sul sistema nervoso e sull'apparecchio circolatorio. Per quanto riguarda quest'ultimo, possono essere colpiti, sia il cuore che il sistema arterioso. Le manifestazioni cardiache vanno, dalle palpitazioni ai disturbi diversi del ritmo cardiaco, le extrasistoli, le impressioni lipotimiche, le algie toraciche o precordiali, fino ai dolori angosciosi dell'angina pectoris ed alla sincope. Pure numerosi sono gli accidenti arteriosi, che corrispondono, il più spesso, a processi angiospastici, con sintomatologia varia a seconda della regione affetta: cefalee, disturbi cerebrali varii a tipo di « eclissi cerebrali », vertigini, ronzii di orecchio, disturbi della visione, disturbi vaso-motori delle estremità, emicrania semplice ed oftalmica.

Il processo gastro-intestinale che sta alla base di tali disturbi può essere del tutto lieve. Per lo stomaco, si hanno peso all'epigastrio, sensazione di gonfiezza del ventre (aerofagia!) ed altri disturbi più o meno vaghi, fino, talvolta, ad una sindrome che richiama l'ulcera gastrica-duodenale. Per l'intestino si tratta abitualmente di manifestazioni varie di enterocolite, con sintomatologia varia a seconda della regione affetta, spesso molto attenuate, con tendenza moderata alla diarrea, caratterizzata quasi soltanto da defecazioni anormali nella consistenza e nel numero. Spesso tali disturbi passerebbero inavvertiti se il medico non li ricercasse con una anamnesi accurata; l'importanza della loro ripercussione sullo stato generale si misura dal vantaggio che deriva dalla loro soppressione.

In tutti questi disturbi, R. Bensaude e J. Cottet (*Presse médicale*, 9 maggio 1931) hanno trovato molto giovamento dalla somministrazione regolare di sottonitrato di bismuto.

Gli AA. non ne precisano una dose costante. Nella casistica che riferiscono, le dosi somministrate vanno da 3-6 grammi prima di ognuno dei tre pasti giornalieri, fino a venti grammi una volta sola al mattino a digiuno. Il medicamento va sospeso in 100-150 cmc. di acqua.

Contemporaneamente, va sorvegliata e regolata l'alimentazione: soppressione di alimenti crudi, restrizione degli erbaggi, sostituzione del pane con biscotti, ecc.

Nei casi con ipertensione è stata osservata una notevole diminuzione della pressione sanguigna.

fil.

La cura delle emorroidi.

Prima di intraprendere qualunque cura delle emorroidi bisogna stabilire se sono interne o esterne, se sono molli o dure, riducibili o no, se coesistono altre lesioni anali (ragadi, ulcerazioni, cancro) e quali sono le condizioni generali del malato.

La cura delle emorroidi interne si può fare con iniezioni, coll'operazione, oppure può essere aspettante. Le iniezioni si fanno con soluzione di olio ed acido fenico che si introduce sotto la mucosa al disopra delle emorroidi; si provoca così una fibrificazione se si ripete l'iniezione nei vari quadranti a distanza di una settimana da un'iniezione in un quadrante a quella in un altro.

Se le emorroidi sono numerose, o se esistono complicazioni locali, le iniezioni non si possono fare e si ricorrerà all'operazione. La più conveniente è la legatura per trasfissione fatta anche con anestesia locale o lombare.

Secondo Gabriel (*The Practitioner*, genn. 1931) il trattamento aspettante si fa nelle emorroidi prolassate e trombosate, o ulcerate. Consiste nel riposo in letto coi piedi sollevati. Si farà la riduzione dei noduli prolassati. Se non ci si riesce si applicherà una soluzione di mercurio all'1-2‰ da rinnovarsi ogni 3-4 ore e irrigazioni esterne con acqua ossigenata.

Per le emorroidi esterne, si farà l'escissione in anestesia locale del tratto di mucosa anale corrispondente ai noduli emorroidari.

R. LUSENA.

TECNICA.

Forme non acidoresistenti del bacillo tubercolare.

L'aggiunta di cardiazol e di coranina ai terreni di coltura ha dato a E. Schmieder (*Zeitscht. f. Tuberkulose*, n. 4, 1930) una stimolazione dello sviluppo dei bacilli tubercolari. Su questi terreni si ottengono anche forme non acido-resistenti. Questo effetto del terreno canforato può dipendere da una alterazione del biochimismo del bacillo tubercolare, così da risultarne forme non acido-resistenti, oppure da un'azione esercitata su bacilli non acido-resistenti preesistenti. Nell'ultimo caso il terreno potrebbe inibire lo sviluppo delle forme acido-resistenti oppure stimolare lo sviluppo dei bacilli non acido-resistenti.

R. POLLITZER.

Dimostrazione di bacilli tubercolari nello striscio del laringe.

Esaminando gli strisci laringei, G. Hafner (*Zeitschr. f. Tuberkulose*, n. 58, 1930) trova bacilli tubercolari in una percentuale leggermente superiore a quella ottenuta col semplice esame dello sputo. L'esame degli strisci laringei è perciò una ricerca importante che non va tralasciata. Essa va però associata alla ricerca dei bacilli nello sputo, perchè spesso in casi in cui si trovano bacilli nello sputo la ricerca riesce negativa nello striscio laringeo.

R. POLLITZER.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Contributo sperimentale allo studio del passaggio degli ormoni fetali attraverso la placenta.

Sono stati studiati, sotto questo punto di vista, l'ormone delle ghiandole surrenali, e l'ormone ipofisario posteriore, con ricerche sperimentali di L. Cattaneo (*Ann. di Ost. e Ginec.*, n. 3, marzo 1931).

Le conclusioni di tali ricerche dimostrano che tanto l'adrenalina, quanto la colina, quanto infine l'estratto del lobo posteriore dell'ipofisi sono capaci di passare dal feto alla madre attraverso la placenta.

Questa dimostrazione è stata fatta in cavie e coniglie gravide, iniettando l'ormone nel cuore del feto, con tecnica speciale. In tal modo, dopo l'iniezione, si osserva un certo periodo di latenza, a differenza di quanto si ha iniettando nelle vene materne.

Si è infine dimostrato che nelle surrenali adulte esiste un « quid » che manca in quelle fetali, o che non è ancora biologicamente attivo, oppure non può passare, attraverso alla placenta, nel circolo materno.

Se ne deduce che le surrenali fetali non sono in grado di supplire all'assenza di quelle materne. M. FABERI.

Studio sull'ingrossamento delle paratiroidi nell'osteite fibrosa generalizzata.

Non sono di vecchia data le osservazioni di stati proliferativi delle paratiroidi in malattie delle ossa (rachitismo, osteomalacia e osteite fibrosa). L'importanza delle paratiroidi nell'osteite fibrosa fu confermata clinicamente dal Mandl operando sulla tiroide ingrossata in un caso di osteite fibrosa (1925) Ask-Upmark (*Acta medica scandinavica*, 16 dicembre 1930) descrive un caso di osteite fibrosa in un uomo di 46 anni, il quale da un anno aveva dolore ai tarsi nel cominciare a camminare, mentre dopo un po' il dolore scompariva. Poi comparvero dolori a quasi tutte le ossa durante i movimenti, tanto forti da costringerlo a letto. Ebbe successivamente tosse con espettorazione sanguinolenta e numerose fratture ossee spontanee, deperimento, febbre e anuria. Radiologicamente fu notata decalcificazione ed osteoporosi in tutte le ossa esaminate. All'autopsia fu notata una malattia del sistema osseo, ingrossamento delle paratiroidi, alterazioni renali (infarti calcarei e depositi calcarei), piccolissima milza e calcificazione di arterie. Le lesioni ossee erano tipiche dell'osteoite fibrosa.

Per quanto riguarda l'ingrossamento delle paratiroidi, in circa la metà dei casi in cui esso si trova, esistono alterazioni del sistema osseo. Nel maggior numero di casi si ha osteite fibrosa generalizzata; poi osteomalacia, rachitismo, cancro della mammella, con metastasi, osteite. fibrosa localizzata, mieloma multiplo, osteite deformante di Paget.

I casi di osteite fibrosa senza ingrossamento delle paratiroidi sono in realtà meno frequenti di quello che appare, perchè non sempre si fa una dissezione accurata per ricercare le paratiroidi che possono essere nello spazio fra lingua e timo e a volte localizzate nella tiroide o nel timo.

L'osteite fibrosa generalizzata di Engel-Recklinghausen è meno comune del m. di Paget, ne sono colpite più spesso le donne e i disturbi possono cominciare anche nell'età giovane. I disturbi clinici derivano dalla minore resistenza ossea e dalle fratture frequenti. I pazienti hanno dolori forti e non possono camminare, compaiono deformità. Anatomicamente la malattia è caratterizzata da dislasia atrofica con osteoporosi e rigenerazione solo di una piccola parte di tessuto osseo, con abbondanza di tessuto fibroso e osteite.

La diagnosi differenziale col m. di Paget è difficile.

L'ingrossamento paratiroideo va interpretato come un'ipertrofia funzionale compensatoria, secondaria alla malattia ossea ed al disturbo del metabolismo del calcio connesso oppure come primario (iperparatiroidismo)? La prima ipotesi è di Erdheim ed è la più vecchia. Più moderna è la seconda, in favore della quale c'è il fatto che l'ipertrofia riguarda una sola delle paratiroidi. Di più sperimentalmente c'è concordanza fra iperparatiroidismo e osteite fibrosa. Inoltre l'estirpazione della paratiroide ingrossata migliora l'ammalato.

A questa teoria dell'iperparatiroidismo si è obbiettato che spesso si vede l'osteite fibrosa senza alterazioni delle paratiroidi, come pure esistono modificazioni anatomiche delle paratiroidi senza alterazioni ossee.

Dal lato terapeutico si conoscono 14 casi (compreso il primo di Mandl) in cui fu fatta l'estirpazione della paratiroide ingrossata. Dallo studio di questi casi si può concludere che nella maggioranza dei casi l'intervento è utile, ma che il miglioramento non è completo e c'è il rischio di avere tetania postoperatoria.

R. LUSENA.

Sistema neuro-endocrino e rachitismo.

G. Guassardo (*Rivista di Clinica Pediatrica* gennaio 1931) fa dapprima notare come nell'etiopatologia del rachitismo siano da prendere in considerazione i fattori età e costituzione e i fattori esogeni chiamati di volta in volta in causa, come: deficienza di igiene, malattie infettive, intossicazioni, carenza vitaminica, alimentazione difettosa, carenza solare, e disturbi nutritivi in genere.

A questi fattori esogeni si devono aggiungere alterazioni a carico delle diverse ghiandole a secrezione interna sostenute ormai da molti autori (alterazioni delle surrenali, timo, tiroide, ipofisi, ecc.). Dalle molte osservazioni sperimentali e cliniche risulterebbe però che per il rachitismo non si può ammettere la lesione circoscritta ad una glandola o ad un gruppo di ghiandole, ma la specifica alterazione di quella che è la situazione ormonica propria di ogni organismo.

Squilibrio interormonico e alterata affinità ionica cellulare verrebbero a costituire una fase comune a tutti i diversi agenti etiologici del rachitismo i quali agirebbero modificando le condizioni fisiche chimiche delle cellule dei vari tessuti e in particolare modo di quelle ghiandole alle quali compete il ricambio fosfo-calcico, con effetto di diminuzione delle loro attività metaboliche. Mentre nel soggetto normale questo difetto di attività metabolica

può essere compensato da una maggiore attivazione del sistema neuro-endocrino preposto alla regolazione del ricambio fosfo-calcico, nel soggetto che diventa rachitico non può verificarsi questa maggiore attività poichè le corrispettive ghiandole endocrine, anormali originariamente, non possono rispondere efficacemente a questa richiesta da parte dei tessuti. Allora il tessuto osteogeno non riesce a fissare il fosforo e corrispondentemente a trattenere il calcio. Per la genesi del rachitismo sono dunque necessarie due disposizioni, una generale relativa all'età e una specifica relativa all'individualità biologica del soggetto.

C. Nervi.

POSTA DEGLI ABBONATI

Fibre elastiche nello sputo. — All'Abb. n.4028:

Il modo più semplice per mettere in evidenza le fibre elastiche nello sputo consiste nel far bollire questo con una soluzione di potassa caustica al 10 %, agitando. Quando la miscela è diventata omogenea, si diluisce con circa quattro volte il suo volume di acqua e si centrifuga (oppure si lascia sedimentare).

Si esamina poi al microscopio direttamente il sedimento.

In generale, per l'escreato si può fare a meno della colorazione, che si può eseguire col consueto metodo di Weigert. Per la colorazione simultanea di fibre elastiche e di bacilli, si può usare il metodo consigliato da Bezancon e Brodiez: trattamento dello striscio fissato con Ziehl a caldo per 10 minuti; decolorazione con acido nitrico al 1/3; lavatura con acqua; alcool a 90° per un minuto; colorazione di fondo con blu di metilene.

La presenza di fibre elastiche in uno sputo indica un processo distruttivo polmonare, ma non la natura di esso, che può essere tubercolare o non (ascesso, gangrena, sifilide, infarto). Contrariamente a quanto si riteneva un tempo, le fibre elastiche possono trovarsi nella tubercolosi polmonare, anche in uno stadio abbastanza recente.

Il reperto di fibre elastiche in uno sputo è molto meno frequente che quello dei bacilli; la loro ricerca ha un valore del tutto secondario in confronto di quella dei bacilli, tanto più che è rarissimo il trovare delle fibre elastiche quando è negativa la ricerca dei bacilli.

Per quanto riguarda il significato pronostico, la presenza di fibre non deve far concludere per l'esistenza di lesioni estese od in via di ulcerazione rapida. Il reperto simultaneo di fibre elastiche e di bacilli non ha, pertanto, significato pronostico diverso da quello dei bacilli.

A. Filippini.

VARIA.

La psico-fisiologia del sentimento e del genio architettonico.

M. L. Patrizi dà nella *Rivista di Psicologia* un altro saggio di studio psico-fisiologico dell'arte. In altri lavori compì dallo stesso punto di vista l'esame della genialità lirica (*Leopardi*), dell'eloquenza (*L'Oratore*), del sentimento musicale (*Fisiologia dell'emozione musicale*), dell'arte figurativa (*Caravaggio*). Ora è la volta dell'architettura.

Premette l'autore che ogni sensazione ha un componente motore, e questo elemento è essenziale nella sensazione architettonica o edile. L'occhio cinetico prevale su quello cromatico e retinico.

A differenza di quel che avviene nella musica nella quale è investita la totalità della muscolatura del corpo, volontaria e involontaria, nella quale v'ha come una danza contenuta, segreta, ma universale d'ogni fibra, negli arti, nel tronco, nei visceri, per l'architettura il fatto motorio è confinato nell'apparecchio contrattile, interno ed esterno, dell'organo visivo e si può definire come una composta danza dei muscoli oculari.

In taluni casi entra in funzione un'azione cinematica più complessa, l'intervento di gruppi motori lontani dall'occhio.

Le strutture gigantesche, naturali o artificiali, le montagne, le piramidi, le torri, le cupole, le ampie prospettive non possono ammirarsi senza un movimento laterale o verticale della testa.

La sensazione dedalica, così chiama il Patrizi la sensazione architettonica, riesce più gradevole quando il complesso dell'opera ammirata non richiede sforzi muscolari intensi o improvvisi.

L'altezza digradante dei tre piani dei palazzi Strozzi, Riccardi e Rucellai a Firenze e di quello Malvezzi-Medici a Bologna riesce gradita in rapporto all'agio che gli ordigni motori oculari sentono nello scemare successivo dal basso in alto dell'intensità della contrazione.

Alla stessa ragione deve attribuirsi la preferenza sempre data all'arco a tutto sesto. L'arco di cerchio è la figura geometrica più comodamente e più naturalmente tracciata negli abituali movimenti e gesti umani, e la sua percezione richiede movimenti regolari e abituali. Invece la visione dell'arco acuto, costituito dall'incontro di due sezioni circolari, obbliga l'occhio a sospendere un movimento e ad iniziarne un altro, il che è contrario alla legge del minimo sforzo.

Il fatto che le linee verticali (gotico) sono predilette dai popoli del nord e quelle orizzontali dai popoli del sud potrebbe spiegarsi con le diverse tendenze dei popoli stessi, in

quanto i movimenti dall'alto in basso e viceversa sono più laboriosi dei movimenti laterali, i quali si avvantaggiano dell'ampiezza della rima palpebrale e perciò meglio si convengono a razze risparmiatrici di fatica.

La sensibilità architettonica è meno diffusa di quella musicale.

Il sentimento musicale, salvo le scarse eccezioni individuali, è universo e reale fin tra gli animali meno esteti. L'emotività melica trova in ogni vivente i modesti strumenti organici da tentare facendo esplodere rapidamente un'intensità di vita paragonabile a quella di una fervida passione.

L'emotività dedalica invece non è così agitatrice della personalità inferiore o volgare, perchè le imagini visuali a cui essa è legata accorrono a centri sensorii e psichici superiori. L'opera architettonica fornisce il sentimento estetico più intellettuale, più dignitoso, più progredito.

L'emozione destata da un'opera architettonica può essere pura o mista: la prima si ha quando è il solo disegno, l'insieme ottico-grafico dell'edificio che pone in gradita trepidazione; la seconda si ha quando lo spettacolo sollecita più sentimenti, sia pure piacevoli e nobili, ma diversi dall'architettonico, e talora di tale accento da prendere il sopravvento.

Queste sensazioni aggiunte possono essere sia determinate dallo speciale temperamento e dalle tendenze dello spettatore, sia dai caratteri stessi dell'edificio.

Così nel volto classico di Roma antica, nelle colonne e negli archi, il poeta pessimista vide, dolorando, un segno della caducità delle umane cose, mentre il Brunellesco e l'Alberti furono solo commossi dalla festa degli occhi.

Rispettivamente il puro sentimento architettonico può essere inquinato dalla fastosità della decorazione, dalla imponenza della mole, elementi che valgono a conferire all'opera ricchezza e potenza, che valgono più ad impressionare il volgo che i puri esteti.

L'incanto delle dimensioni colossali nell'opera muraria, il sentimento edilmegalico, ha un carattere più ancestrale dell'emozione destata dalle combinazioni della linea, del sentimento edilgrafico. L'anima primitiva antepone la possanza all'armonia ed alla grazia; si entusiasma più alle voci di Stentore ed all'urlo di Achille, che al linguaggio musicale di Eschine; apprezzerà più il pugno di Milone Crotoniate e del signor Dempsey che le movenze di Dionisia latina o di Isadora Duncan; ammirerà più il colosso di Rodi o della Libertà di Bartholdi che la Venere di Milo o la Nike di Samotracia; si commuoverà più al rimbombo del gong nel porto dell'Havre che alla musica di Beethoven; s'inebrierà alla vista dell'Anfiteatro Flavio e rimarrà indifferente innanzi al Chiostro di Santa Maria della Pace.

Il sentimento dedalico, come ogni altra forma di sensibilità, ha i suoi iperestesici ed i suoi daltonici. Il campione dell'ipersensibilità è il pittore fiorentino del quattrocento Paolo Uccello, che ebbe una passione per la prospettiva. Meno spiccata ma pure accentuata la sensibilità dedalica traspare dalle opere di Pier della Francesca, del Sodoma, di Paolo Veronese, di Melozzo da Forlì, di Ercole Grandi, di Benozzo Gozzoli, di Masaccio, del Botticelli, del Tintoretto.

Minore risonanza ha il sentimento architettonico nella complessiva produzione di Raffaello, non ostante la lunga consuetudine con Bramante e l'incarico ufficiale di preposto ai sacri palazzi. Il Correggio è troppo inscenatore di riflessi splendenti della carne voluttuosa per bearsi dei contrasti di luce ed ombra dei porticati. Le figure di Guido Reni vivono all'aperto e assai più spesso in paradiso e sulle nubi, che negli abituri e nei palazzi degli uomini.

Il grado infimo di emotività architettonica si riscontra in Michelangelo da Caravaggio. E malgrado le apparenze il Buonarroti poco si scosta dal suo omonimo per l'insensibilità del bello edile.

Un quasi daltonico per la bellezza architettonica è Leopardi, che fu invece un ipersensibile musicale. Iperestesico edile fu il Carducci. In Victor Hugo il sentimento stesso appare sopraffatto da elementi intellettivi e passionali estranei.

In Lamartine invece il sentimento dedalico è puro e sincero.

Dagli esempi enunciati risulta che l'estetismo architettonico scarseggia in quelle costituzioni psichiche nelle quali abbonda la sentimentalità generica.

La stessa origine ha verisimilmente la dubbia vibratilità dedalica nei violenti, nelle donne, nei giovanissimi dell'uno e dell'altro sesso, una terna eterogenea che ha di comune il predominio della vita emozionale sulla mentale. *argo.*

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

C. TEDESCHI. *Appunti di odierna nosografia sulla lebbra in Derna e nel suo territorio.* — Rinn. Medico, Napoli, 1930.

G. MOGLIA. *Contributo clinico alla saturno-terapia del carcinoma dei genitali femminili.* — Atti Ost. e Gin., dicembre 1929.

G. RONGA. *La lebbra.* — Tip. già Coop. Parmense, Parma, 1930.

C. ORTALI. *L'euconoidismo.* Archetipografia. Milano, 1930.

D. VIOLA. *Le funzioni della psiche studiate in rapporto alle attività specifiche dei militari.* — Scuola Tip. Artigianelli, Parma, 1930.

E. ALFIERI. *La protezione della maternità di fronte al problema demografico.* — Stab. Tip. R. Garroni, Roma, 1930.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Rilievi e proposte sui concorsi per le Maternità.

Nell'ultimo Congresso della Società italiana di ginecologia (v. in *La Clinica Ostetrica*, gennaio 1931, pag. 51) fra gli altri argomenti toccati, vi fu quello dei concorsi per i posti direttivi delle Maternità. Si sostenne la lapalissiana convenienza che a capo vi siano messi dei veri competenti nella specialità; si sostenne che occorre integrare i servizi ostetrici con un reparto ginecologico e si accennò alla opportunità fondamentale di uniformare le norme dei concorsi, i quali sono oggi aperti con modalità tali da dare poco affidamento e troppo diverse, certo, da caso a caso.

Sarebbe ingenuo il credere alla ideale perfetta giustizia, od il pretenderla proprio per le Maternità. Tuttavia anche senza arrivare alla perfezione, ci si può accontentare di avvicinarsi ad una specie di equità che contemperi desiderata locali ed esigenze cliniche.

Fino a che si bandiranno dei concorsi alla chetichella senza dare ad essi pubblicità alcuna; fino a che resterà, come nelle fondazioni di parecchi ospedali, la clausola del quarto dei voti a chi appartiene a quella data amministrazione; fino a che le commissioni saranno nominate attraverso le pressioni dei candidati e non seguendo determinati criteri direttivi; fino a che ci saranno commissioni dove non figura nemmeno un tecnico o, come più spesso accade, ce ne sarà bensì qualcuno ma sempre in minoranza, è a temere che i voti della Società ginecologica italiana resteranno senza effetto.

Il Regime rinnovatore, che tanto bene ha fatto in molti campi, non ha ancora messo mano al problema delle tavole statutarie ospedaliere, che restano *tabù*... più intangibili dello Statuto del Regno ma che, se rispondevano a criteri adottabili un secolo fa e quando l'Italia era ancora divisa in staterelli, non sono più consone alle condizioni odierne.

Il problema è certamente complesso; ma non occorrerebbe scendere ai minuti particolari; basterebbe disciplinare le direttive generali; e qui è più agevole indicare delle norme univoche; sopratutto poi per il campo ristretto delle specialità, quello che ci interessa.

Non sarebbe giusto che fosse disposto un largo periodo di tempo fra il bando di concorso e la chiusura dello stesso? Si stabiliscano almeno due mesi.

Non sarebbe doverosa una pubblicità estesa vera e non solo su atti ufficiali?

Non si potrebbe, per esempio, precisare che ogni bando deve essere mandato anche ai giornali medici della specialità e alle cliniche e alle maternità, che sono i focolari da cui si traggono i nuovi elementi bene preparati?

Se così si facesse, non accadrebbe quello che si vide in un recente concorso per una grande maternità di un grandissimo centro, dove si presentarono nientemeno che... quattro concorrenti e tutti solo del posto.

Perchè poi seguitare, pure per le specialità, a circoscrivere il diritto di concorso a chi abbia fatto proprio in quel gruppo di Istituti servizio medico e chirurgico? Nessuno più di noi comprende la finalità prima, ottima, della disposizione, in quanto la specializzazione deve innestarsi su una buona cultura medica e chirurgica; ma di questo ci si può bene assicurare con gli esami, mentre con le disposizioni attuali avviene che ad un posto della massima importanza, in grandi città, si vedano poter aspirare solo uno o due concorrenti. Più larga è la scelta e più facile è che cada su elementi degni... anche tenendo conto della inevitabile fallacia dei giudici umani...

E le commissioni giudicatrici? Perchè non imporre, per obbligo, dei tecnici, e volerli possibilmente in maggioranza?

Anche questo non garantisce molto, si dirà; chè sono sulla bocca di tutti dei responsi di commissioni tecniche poco equanimi. Si è vista talora con troppa simpatia più una scuola che l'altra, non sempre disinteressatamente; ma infine si sono scelti dei competenti. Favoritismi ce ne saranno sempre, ma non saranno peggiori quelli perpetrati da chi non è competente?

Un recente concorso non è finito in modo inatteso per tutti i cultori della ostetricia, proprio perchè, nella commissione, di ostetrico ve n'era uno solo, contro due estranei...?

Non sarebbe anche bene che le disposizioni dei concorsi fossero chiare, inequivocabili?

Questo ultimo interrogativo mi viene suggerito dall'ultimo bando venuto a mia conoscenza. Si tratta di un posto dovuto alle insistenze appassionate dell'O. N. Maternità Infanzia, il cui subcommissario prof. C. Micheli sta tanto adoperandosi per realizzare, *come può*, i nostri postulati... «*Come può*», diciamo, perchè gli ostacoli gli si parano avanti tutti i momenti.

Anche per questa Maternità, che egli volle creata in Ascoli... certo non fu ascoltato in tutto il Micheli, se la Commissione giudicatrice sarà nominata dal Presidente della Congregazione... senza precisare fra chi; se si soggiunge «la nomina sarà fatta sul referto della commissione», ossia senza garantire che se ne seguirà la graduatoria. Ma lasciamo andare ciò e veniamo alle imprecisioni.

Fra i titoli si richiede diploma di specializzazione o titoli equipollenti e... « servizio effettivo per non meno di due anni in una clinica ostetrica o in una maternità di grande ospedale ». Sono immaginabili i dubbi amletici possibili dei giudici. *Servizio effettivo?* o *in qualità di assistente effettivo*, ossia non volontario? Anche i volontari possono fare effettivo servizio. E la maternità di un grande Ospedale sarà sempre grande essa stessa? Guardiamoci un po' in giro... E viceversa non ci può essere un servizio ostetrico bene attrezzato, diretto da un competente, e quindi adatto a impararvi l'arte nostra, anche se non dipende da un grande Ospedale?

C'è di più in questo bando: fra le condizioni poste, è compreso « *il divieto di esercitare la professione* e di operare in cliniche o case di salute poste nella città o nella circoscrizione della provincia ».

Cosa si vuol dire? Inibire la professione libera del tutto? Non pare; solo evitare che altre cliniche private facciano concorrenza alla maternità. Ma perchè non esser meno equivoci? Io per esempio posso testimoniare di qualche aspirante che smise ogni pensiero di concorrere, avendo creduto di dover vivere solo con le 8.000 lire dello stipendio. E così si diradano le fila dei candidati; si fa meno larga, meno felice dunque la scelta.

Inezie, si comprende, ma che si sono dette tanto per aver motivo di ritornare sul tema generale dei concorsi. Se no, se ne parla solo il giorno del Congresso; poi tutto tace, tutto seguita per la sua china. Bisogna insistere, se si crede una tesi buona, non scoraggiarsi, anche se si finisce di parlare nel deserto.

P. GAIFAMI.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Consiglio Superiore di Sanità.

Il C. S. S. si è adunato in sessione ordinaria dal 18 al 20 giugno; daremo prossimamente un breve resoconto dei lavori compiuti.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANDRETTA (*Avellino*). — Scad. 31 ag.; L. 8000; rivolgersi Segreteria.

AOSTA. *Consorzio Sanit. Antituberc.* — Direttore; L. 14.000 e 10 bienni ventes., oltre L. 4000 serv. att., L. 4000 compenso inibiz. libera profess., L. 500 mensili trasferte, età lim. 35 a.; tassa L. 50. Scad. 31 agosto. Rivolgersi segreteria, via Saverio de Maistre.

ASPRA SABINA (*Rieti*). — Scad. 31 lug.; L. 10.500 e 5 quadrienni dec.; deduz. 12 %; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 20 apr.; serv. entro 20 gg.

CASAPROTA (*Rieti*). — Scad. 29 ag.; L. 9240 per 1000 pov.; addizion. L. 4; c.-v. L. 633,60 se ammogliato; cavalc. L. 1581; uff. san. L. 440; arm. farm. L. 440; 5 quadrienni dec. Ab. 1300 circa.

CASCINA (*Pisa*). — Scad. ore 12 del 27 lug.; età lim. 35 a.; tassa L. 50; stip. L. 9000 e quadrienni dec., oltre L. 3500 (variabili) per cavalc.; riduz. 12 %.

FOGGIA. *Amministrazione Provinciale della Capitanata.* — Per titoli. Medico coadiutore del Brefotrofio provinciale con lo stipendio annuo di lire 12.000 suscettibile di tre aumenti quadriennali del decimo oltre le indennità caro-viveri, se dovute, salve le riduzioni di cui al R. D. Legge 20 novembre 1930, N. 1491. Titolo di studio: Diploma di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo o il diploma di perfezionamento in puericultura di cui al R. D. 15 aprile 1926, N. 718. Scadenza per la presentazione dei documenti: ore dodici del 15 luglio 1931. Rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale, Foggia.

FUSCALDO (*Cosenza*). — Scad. 7 ag.; 2ª cond.; L. 6000 e 5 quadrienni dec.; deduz. 12 %; per vettura L. 2500; doc. a 3 mesi dal 7 giu.

GRACCIANO. — (Vedi MONTEPULCIANO).

LIMONE SUL GARDA (*Brescia*). — Scad. 15 lug.; L. 7920 e 6 quinquenni dec., oltre L. 440 uff. san., c.-v.; tassa L. 50.

MATINO (*Lecce*). — Seconda condotta medica. Stipendio L. 8500 con diritto cinque quadrienni e indennità come per capitolato. Scadenza 23 luglio. Per maggiori chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale.— Il Podestà: Giannelli.

MONCHIERO NOVELLO (*Cuneo*). — Scad. 10 lug.: consor.; L. 9000 oltre L. 4000 automob.; deduz. 12 %; tassa L. 50.

MONTEFALCIONE (*Avellino*). — Scad. 10 sett.; lire 6500 ridotte del 12 %, oltre L. 1500 cav.; 5 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

MONTEPULCIANO (*Siena*). — Per la frazione di Gracciano. Stipendio L. 7500, sei aumenti quadriennali, indennità di cavalcatura L. 3500 e caro viveri di legge. Scadenza 15 agosto. Richiedere bando di concorso alla Segreteria Comunale di Montepulciano.

MORES (*Sassari*). — Essendo revocato il concorso bandito precedentemente, è aperto *ex novo* un concorso, a tutto il 31 agosto; L. 9500 e 4 quadrienni dec., oltre L. 800 se uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; doc. non anter. a 3 mesi dal 28 mag.

ORVIETO (*Terni*). *Congregaz. di Carità.* — Chirurgo primario della condotta chirurgica di città e direttore del Civico Ospedale; scad. ore 12 del 12 ag.; L. 8000 e 3 quinquenni dec., oltre L. 600 serv. att., L. 3000 indenn. ospedaliera, c.-v.; riduz. 12 %; inoltre emolumenti in base a nuovo capitolato; età lim. 27-40 a.; tassa L. 50,10.

PENNABILLI (*Pesaro-Urbino*). — Scad. 15 lug.; 1ª cond.; L. 9000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 500 uff. san., L. 3000 cavalc.; diminuz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15; doc. a 3 mesi dall'1 giu.

PIENZA (*Siena*). — Scad. ore 13 del 31 lug.; con Montichiello; L. 8500 e 6 quadrienni dec.; deduz. 12 %; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 10 giu.; età lim. 39 a.

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni (Ferrovie dello Stato).* — Medici di riparto per: Macerata II (Ancona), Cesena, Lavezzola (Bologna), Galluzzo (Firenze), Tonzanico, Torre dei Picenardi (Milano),

Ponticelli, Portici I (Napoli), Albano, Giulianello (Roma), Tito, Cosenza II (Salerno), Fortezza (Trento). Per titoli. Inviare domanda e richiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati fra parentesi). Scadenza ore 17 del 15 luglio.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti.* — Tre aiuti radiologi ed un aiuto oto-rino-laringologo; scad. ore 16 del 31 ag.; età lim. 35 a. al 15 giu.; stip. L. 7300 ridotte del 12 % e c.-v. Quattro assistenti radiologi; scad. ore 16 del 20 ag.; età lim. 30 a. al 15 giu.; stip. L. 4500 ridotte del 12 % e c.-v. Tassa L. 50.

Chiedere avvisi alla Segreteria Generale, Palazzo di S. Spirito.

SAN GIOVANNI A PIRO (*Salerno*). — Con frazioni Bosco e Scario. Stipendio L. 7000. Indennità di cavalcatura: se si possieda carrozza od automobile L. 3000; se si possieda altro mezzo L. 2000. Documenti di rito. Scadenza 30 giugno. Per ogni eventuale chiarimento rivolgersi alla Segreteria del Comune.

SULMONA. *Ospedale Civile.* — Chirurgo primario; scad. 15 luglio; libera doc. patologia chirurg. o clinica chirurg.; stip. ed indennità alloggio lire 6500 complessive; assicurazione contro le disgrazie accidentali per L. 300.000; 70 % degli emolumenti spettanti operazioni e consulti interni. Richiedere bando di concorso.

VERONA. *Municipio.* — Scad. ore 16 del 31 lug.; XX Circondario forese (Cadidavid); L. 8000 e 4 quadrienni, oltre L. 1400 serv. att., c.-v., L. 1000-3000 trasp.; decurtaz. 12 %; età lim. 35 a. al 12 giu.; doc. a 3 mesi; serv. entro 15 gg.; chiedere avviso.

VICOPISANO (*Pisa*). — Scad. 31 lug.; per Uliveto e Caprona; L. 9000 oltre L. 2000 trasp.; riduz.; 5 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15.

VILLACHIARA (*Brescia*). — Per titoli. Stipendio annuo lordo L. 9000. Sei aumenti quinquennali del decimo. Lire 3 per ogni povero in più oltre il 20 % della popolazione. Indennità di cavalcatura L. 3000. Indennità per Ufficiale Sanitario L. 500. Caro viveri come di legge. Età massima anni 35, salvo eccezioni di legge. Documenti di rito oltre certificato di iscrizione all'albo Ordine Medici. Scadenza 15 settembre. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale.

VILLANOVA SOLARO (*Cuneo*). — Scad. 15 lug.; L. 8000 oltre indenn. L. 1000; riduz. 12 %; età lim. 40 a.

VILLONGO (*Bergamo*). — Scad. 30 giu.; consor.; L. 12.000.

VITERBO. *Ospedal Grande degli Infermi.* — Aiuto medico; scad. 15 lug.; età lim. 35 a. al 4 giugno; doc. a 3 mesi; L. 8600 e c.-v.; riduz. 12 %. Tassa L. 50.10. Serv. entro 15 gg. Chied. annunzio.

L'« Association pour le Développement des Relations Médicales entre la France et les Pays Étrangers » rende noto che sono vacanti un posto di direttore aggiunto ed uno di primo batteriologo al Laboratorio dell'Amministrazione dei Servizi Sanitari dell'Egitto. Rivolgersi alla sede dell'Associazione, rue de l'École de Médecine 12, Paris.

CONCORSI A PREMI.

Accademia Pontaniana.

È bandito un concorso con premio di L. 446,25 sul seguente tema: « Ricerche sperimentali sulla digestione e sull'assorbimento dei lipoidi nell'organismo animale ». Il concorso è aperto per tutti gli italiani esclusi i soli soci residenti dell'Accademia Pontaniana. I lavori dovranno farsi pervenire, franchi di ogni costo, al segretario generale dell'Accademia Pontaniana, Napoli, Edificio Municipale a Tarsia, non più tardi del 30 aprile 1932.

Premi per laureandi in medicina.

Il Consiglio nazionale delle ricerche richiama l'attenzione dei laureandi in medicina sui 15 premi, di cui 10 di lire 1500 ciascuno e 5 di lire 1000, banditi dal Comitato della Medicina del Consiglio delle ricerche con i fondi appositamente messi a disposizione dalla ditta Lepetit di Milano, per le migliori tesi di laurea in medicina e chirurgia svolte nelle Università italiane nell'anno accademico che sta per chiudersi.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dott. Alberto Lutrario, dopo aver presieduto per sette anni la Commissione malariologica della Società delle Nazioni, aveva lasciato il posto per accudire ad altre mansioni d'ordine internazionale. A lui era subentrato il prof. Vittorio Ascoli. In seguito alla perdita del prof. Ascoli, il Comitato d'Igiene della Società delle Nazioni ha voluto richiamare all'alta carica il dott. Lutrario, cui esprimiamo il nostro compiacimento.

Il Comitato d'Igiene della Società delle Nazioni ha proposto la nomina del prof. Giuseppe Bastianelli a delegato. Il dott. Alberto Lutrario rilevò le benemerenze scientifiche del Bastianelli; il prof. Léon Bernard si associò con espressioni cordiali. Il Consiglio della Società delle Nazioni ha ratificato la nomina.

Il prof. Nicola Pende, direttore della R. Clinica medica di Genova, è nominato dottore *honoris causa* dell'Università di Montevideo.

È questa una sanzione dell'alto valore del Pende quale studioso e quale maestro.

La Facoltà medica di Pisa ha chiamato, da Bari, il prof. Francesco Sanfelice alla cattedra d'igiene, rimasta vacante in seguito al ritiro del prof. Alfonso Di Vestea per limiti d'età.

La Facoltà medica di Bari ha incaricato il prof. Giuseppe Sangiorgi dell'insegnamento dell'igiene.

Al reputato studioso i nostri rallegramenti.

La Commissione giudicatrice del Concorso nazionale al premio Baccelli pel 1931 ha conferito il premio stesso (medaglia d'oro al « merito clinico ») al prof. dott. Remo Monteleone, della Clinica Medica di Roma. Il Senato Accademico ha approvato la relazione della Commissione.

Rallegramenti cordialissimi al nostro amico e collaboratore, per l'alta distinzione.

Hanno conseguito la libera docenza: il dott. Vincenzo Tanturri in clinica oto-rino-laringologica; il dott. Leonardo Nardelli in clinica dermosifilopatica.

NOTIZIE DIVERSE.

La Giornata della Croce Rossa Italiana.

La celebrazione della terza giornata della Croce Rossa ha rivelato ancora una volta quanto profonde siano la simpatia e l'ammirazione che il popolo italiano tributa a questa benefica istituzione, che in pace e in guerra adempie con spirito elevatissimo di sacrificio e di solidarietà patriottica e umana il suo mirabile compito.

Il successo della giornata è stato fervido e pieno e si può dire che tutta la Nazione vi ha partecipato con modesti e cospicui contributi a seconda delle possibilità dei singoli. Le numerose tende della Croce Rossa costituirono tanti centri di richiamo e di raccolta per la vendita degli oggetti esposti, che avevano tutti carattere utilitario e igienico. A queste tende, le stesse che sorsero in prossimità dei campi di battaglia e fornirono il primo rifugio ai nostri feriti, è affluito il pubblico, che ha fatto larghi acquisti dalle venditrici, signore dell'aristocrazia e infermiere della Croce Rossa, nella loro candida uniforme. Erano state dislocate nei centri più popolati varie autoambulanze, recentemente costruite e che hanno valso a dare un'idea della perfetta organizzazione tecnica e sanitaria di questo importante servizio di pronto soccorso, esteso ormai in tutta Italia.

A Roma il giardino del palazzo del Quirinale, che la benevolenza di S. M. la Regina, prima infermiera d'Italia, ha voluto che fosse utilizzato per la terza giornata della Croce Rossa, era stato artisticamente addobbato, e lungo il porticato erano stati disposti numerosi banchi di vendita, ai quali presiedevano le stesse dame della Regina, insieme colle infermiere della Croce Rossa. Il pubblico che ha avuto libero accesso nel giardino, vi ha affluito, in nobile gara, per le offerte. Un album all'ingresso del Quirinale per raccogliere le firme degli intervenuti si è rapidamente riempito di nomi.

Sono state vendute migliaia e migliaia di copie di un opuscolo a cura della Croce Rossa, dal titolo *Salute, sommo bene*, alla compilazione del quale avevano collaborato numerose celebrità mediche italiane.

Nell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia.

Sotto la presidenza del prof. Bottazzi si è riunita la commissione per l'alimentazione, nominata dal R. Commissario all'Opera nazionale per la protezione della maternità e infanzia, on. prof. Blanc, per la preparazione delle tabelle dietetiche da prescriversi negli Istituti del Regno che accolgono madri e fanciulli.

Hanno preso parte ai lavori tutti i membri della commissione e cioè i sub-commissari dell'O. N. prof. Cesare Micheli e prof. F. Valagussa, il prof. Foà di Milano, il prof. Baglioni di Roma, il prof. Jemma di Napoli, il prof. Spolverini di Roma, il prof. Pacchioni di Genova, il prof. Gaifami di Bari, il prof. Visco di Sassari, il prof. Santo di Udine, il prof. Bompiani di Roma, il vice-direttore di Roma e vice-ispettore dell'Opera prof. D'Ormea. Dopo uno scambio di vedute, la commissione ha preparato una tabella dietetica per le madri e i fanciulli, che sarà subito resa obbligatoria in tutti gli Istituti sovvenzionati o sussidiati dall'Opera stessa o che comunque accolgono madri e bambini le cui rette sono a carico dell'O. N.

Ufficiali Medici dell'O. N. B. dell'Urbe.

Nella sede del Comitato provinciale dell'Urbe dell'O. N. B. ha avuto luogo il rapporto di tutti gli ufficiali medici addetti alle organizzazioni giovanili dell'Urbe. La riunione è stata presieduta dal senior dott. Alessandro Palladini, direttore dei servizi sanitari del Comitato provinciale, il quale prima di iniziare l'adunanza ha presentato i sanitari al commissario romano console Oreste Balduzzi.

Il direttore sanitario ha quindi dato agli ufficiali medici direttive precise per le visite che dovranno farsi ai bambini che si recheranno alle colonie estive, affidando a ciascuno di essi una zona od un rione dell'Urbe.

I sanitari dell'O. N. B. dovranno prendere contatto con i dirigenti locali del P. N. F. per l'effettuazione delle visite.

Il senior Palladini, chiudendo la riunione, ha voluto dire ai sanitari dell'O. N. B. una parola di compiacimento e di elogio per l'attività che essi svolgono disinteressatamente a vantaggio delle giovani Camicie Nere.

Nuovi medici sportivi.

Su proposta del prof. Cassinis, commissario straordinario della Federazione Italiana Medici Sportivi, l'on. Iti Bacci, commissario del C.O.N.I., ha ratificata la nomina di 48 medici sportivi.

Questo nuovo nucleo di medici sta a dimostrare l'impulso notevole dato all'iniziativa, che risponde ad una necessità sempre più sentita.

1° Congresso medico sindacalista brasiliano.

Si terrà alla fine di luglio in Rio de Janeiro; avrà per scopo la difesa degli interessi di categoria. Tra i temi in discussione saranno: Codice di deontologia ed etica professionale; Abilitazione dei medici stranieri; Assicurazione medica; Abuso dei servizi medici ufficiali; Ciarlatanismo, empiricismo ed esercizio arbitrario della medicina; Pubblicità medica; Concetto di specializzazione; Pletora medica; Fraternità professionale.

50° Congresso della Lega medica tedesca.

Si è adunato a Colonia dal 18 al 22 giugno ed ha discusso vari problemi d'interesse generale, come la medicina del lavoro, la pletora dei programmi universitari, il perfezionamento medico post-universitario, le assicurazioni sociali.

Ne daremo ulteriori notizie prossimamente.

Congresso francese di pediatria.

Si adunerà a Strasburgo il 5 ottobre e ss. Nella stessa occasione si terrà un Congresso sulla tutela della madre e del bambino. Gl'interessati possono rivolgersi al prof. Woringer, Kälbegasse 18, Strasbourg, Francia.

Scuola superiore di malariologia.

Come abbiamo annunziato, il 15 luglio avrà inizio il corso della Sezione medica della Scuola superiore di malariologia. L'insegnamento comprende i corsi teorici e pratici di ematologia, parassitologia, entomologia, clinica e dimostrazioni pratiche di campagne antimalariche.

Al corso, che durerà due mesi, sono ammessi cittadini italiani e stranieri laureati in medicina

e laureandi. La spesa totale, incluso il contributo per le escursioni in campagna, è di L. 300. Ogni altra spesa di viaggi e residenza in zona di lotta antimalarica è sostenuta dalla Scuola. Il corso per i medici stranieri della Società delle Nazioni comincerà verso la metà di agosto e durerà un mese, del quale 15 giorni sono assegnati alle escursioni e residenze in campagna.

Per informazioni rivolgersi alla Segreteria, R. Clinica Semeiotica, Policlinico Umberto I, Roma.

Pel Policlinico di Bari.

L'Amministrazione Comunale, l'Amministrazione Provinciale, l'Ospedale Consorziale e la R. Università di Bari hanno iniziato lo studio del progetto di massima presentato dall'ing. Marco Vigi, per un grande Policlinico.

Pertanto nel gabinetto del Commissario straordinario, dott. Vella, ha avuto luogo una riunione dei rappresentanti delle amministrazioni interessate, i quali hanno dato incarico al dott. Vella di predisporre lo schema di convenzione per la costituzione del Consorzio degli Enti che concorreranno alla costruzione del Policlinico.

Le relative proposte saranno sottoposte all'approvazione del Governo.

I Sanatori antitubercolari.

Il senatore Garbasso ha riferito al Capo del Governo sull'andamento dei lavori per i Sanatori creati in conseguenza dell'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi.

Sono stati già appaltati 30 ospedali sanatoriali con un complesso di 9256 letti. Attendono ai lavori 2350 operai.

Saranno prossimamente appaltati altri 10 ospedali sanatoriali con un complesso di 4114 letti.

Infine 1240 letti sono sistemati in 7 padiglioni provvisori.

Nuovo Sanatorio.

A Galliera Veneta è stato inaugurato il Sanatorio che la Cassa Nazionale delle Assicurazioni sociali ha istituito in una villa che appartenne già a Maria Anna di Savoia, Imperatrice d'Austria. Il Sanatorio, modernamente attrezzato e dotato di un magnifico parco secolare di 35 ettari coltivato a conifere, con un laghetto nel mezzo, è il più vasto che abbia attualmente la Cassa e fra i maggiori d'Italia, potendo ospitare 500 ammalati.

Al Pio Istituto Bassini.

Ricorre in questi giorni il 25° anniversario di fondazione del benefico Istituto. In tale occasione il direttore, prof. Annibale Preto, chirurgo primario, ha pubblicato una monografia, dalla quale risulta tra l'altro che nel 1930 su 801 operazioni eseguite (in 729 soggetti) si ebbero 801 guarigioni radicali: ossia il 100 %. Di regola l'operazione è stata perfettamente condotta a termine in meno di 12 minuti.

Presidente del Consiglio direttivo del Pio Istituto Bassini è il conte Febo Borromeo d'Adda e tra i consiglieri è il Podestà duca Marcello Visconti di Modrone. Ai perfetti risultati raggiunti finora contribuirono le cure assidue della presidenza e del consigliere ispettore comm. dott. Luigi Segattini.

Il venticinquennio è stato festeggiato anche con una cerimonia svoltasi alla sede dell'Istituto stesso, alla quale intervennero le autorità cittadine.

Istituto pedologico di Amsterdam.

È stato fondato di recente; occupa i locali in cui aveva già sede l'istituto di fisiologia dell'Università. Ha per scopo lo studio scientifico del bambino e specialmente dei mezzi di educazione per i bambini tardivi e anormali. Dispone ora di 22 posti, ma si spera d'ingrandirlo. La direzione ne è affidata al prof. J. Waterink; il servizio neurologico e quello psichiatrico sono diretti dal prof. Horst e dal dott. Bass.

Un istituto del genere esiste a Budapest ed è diretto dal prof. Szondi.

La Scuola medica di Los Angeles non approvata.

L'Associazione Medica Americana aveva dato il suo riconoscimento provvisorio alla Facoltà medica dell'Università della California meridionale istituita nel 1928, nell'attesa che si realizzassero alcune promesse del decano: cioè che si reclutasse un corpo insegnante più idoneo e che si migliorasse l'organizzazione. L'impegno non è stato mantenuto e perciò il riconoscimento non è stato confermato.

Per le ricerche scientifiche in Francia.

Il sig. William Nelson Bromwell ha donato un milione di franchi alla Cassa di ricerche scientifiche, affinchè venga immediatamente ed ugualmente ripartito tra dieci studiosi, onde aiutare le loro ricerche personali o quelle eseguite nei loro laboratori.

Conferenze.

L'Associazione « Per la scuola », presieduta dal sen. prof. A. Menozzi, in collaborazione con la Reale Società Italiana d'Igiene, presieduta dal prof. E. Ronzani, ha organizzato un ciclo di conferenze di medicina sociale, le quali, affidate a personalità di speciale competenza, sono state tenute, ai giovani licenziandi dai Licei e dagli Istituti tecnici, in una sala del Castello Sforzesco di Milano.

Il prof. Ernesto Bertarelli ha tenuto a Milano una conferenza sul tema: « La terra e la vita ».

Il prof. Francesco Valagussa ha tenuto a Roma una conferenza sul tema: « La tubercolosi del lattante ».

Nella stampa medica.

Il prof. Arturo Casarini, che per un venticinquennio ha consacrato la sua operosità fattiva, la sua cultura impareggiabile e il suo ardente entusiasmo al « Giornale di Medicina Militare », lascia il posto, in piena efficienza di lavoro, perchè collocato in aspettativa per riduzione dei quadri.

È una vera perdita che il giornalismo medico italiano subisce.

La direzione del periodico è stata affidata al prof. U. Riva, che sarà assistito dal dott. V. De Bernardinis quale redattore-capo.

Non dubitiamo che in mani così esperte, il periodico manterrà l'alto livello raggiunto e continuerà ad onorare il corpo sanitario militare.

Commemorazioni del prof. Ascoli.

Il prof. Vittorio Ascoli è stato commemorato dal Comitato d'Igiene della Società delle Nazioni, con un discorso del presidente, prof. Teodoro Madsen, al quale si associò il dott. Alberto Lutrario, delegato italiano.

Il prof. Ascoli è stato commemorato anche dal nostro Consiglio Superiore di Sanità, con nobili parole del presidente prof. sen. Ettore Marchiafava.

La R. Accademia Medica di Roma ha dedicato una solenne seduta alla commemorazione del prof. Ascoli, il quale ne era stato presidente. Il prof. Cesare Frugoni, successore del prof. Ascoli nella cattedra di clinica medica, tenne il discorso ufficiale, che riporteremo largamente in un prossimo numero.

Una biografia del prof. Ascoli

viene pubblicata nel periodico « Acta Medica Latina » di Parigi dal dott. Verney, della nostra famiglia redazionale. Premessi alcuni cenni introduttivi, prende ad esaminare: 1° Il maestro; 2° Lo studioso; 3° Il giornalista medico; 4° Il professionista. Il cittadino. L'uomo.

È redatta con compiutezza e animata da sentimenti di affetto e devozione.

Viaggio medico nell'America settentrionale.

Avrà luogo dal 22 luglio all'8 settembre; verranno visitate le maggiori città e le località di maggiore interesse turistico: New York, Quebec, Montréal, Toronto, Filadelfia, Baltimora, Washington, Pittsburg, Detroit, Denver, Chicago, San Francisco, Los Angeles, il grande Cañon, Yellonstone Park, il gran Lago Salato, le sorgenti del Colorado, le Cataratte del Niagara, Hollywood, ecc. Prezzo complessivo: 38.000 franchi. Le iscrizioni si ricevono da: MM. Brendon et Gallet, Faubourg St.-Honoré 56, Paris, Francia.

Viaggio medico in Czecoslovacchia.

Avrà luogo dal 19 luglio al 23 agosto, in autocarri, con partenza da Strasburgo; verranno visitate varie importanti stazioni idriche: Baden-Baden, Nurenberg, Franzensbad, Marienbad, Carlsbad e le Alpi austriache; si farà sosta anche in varie città: Praga, Vienna, Budapest e Monaco. Per informazioni rivolgersi all'agenzia « Mon Voyage », rue de la Michodière 9, Paris.

Convegno medico internazionale a Cracovia.

Dal 2 al 5 agosto prossimo avrà luogo in Cracovia una riunione di medici che conoscono la lingua esperanto; al tempo stesso in quella città è convocato il 23° Congresso Universale di Esperanto.

La riunione avrà carattere scientifico, come già quelle tenute negli anni passati in altre città. Nel programma della riunione, organizzata dalla « Tutmonda Esperantista Kuracista Asocio », sono comprese visite agli istituti scientifici di Cracovia.

I medici italiani che volessero vedere applicata la lingua esperanto, o comunque desiderassero fare un interessante viaggio coll'aiuto dei colleghi esperantisti, sono invitati dalla Federazione esperantista italiana alla Carovana Turistica Padova-Vienna-Brno (Spielberg)-Cracovia (28-7 al 5-7, 9 giorni di viaggio); L. 1650, con ritorno facoltativo per Dresda, Praga, Salisburgo, Verona (16 giorni di viaggio L. 1650). Per informazioni rivolgersi ad « Esperanto-Centro », Galleria Vitt. Eman. 92, Milano.

Gruppo di medici socialisti spagnoli.

Presso la Casa del Popolo di Madrid è stata promossa un'Associazione di medici socialisti, la quale avrà lo scopo di studiare i problemi sanitari di carattere sociale. La Commissione organizzatrice, composta dei dottori Zimenez de la Serrana, Ortega e Vera, ha raccolto numerose adesioni.

Il Governo inglese e la limitazione delle nascite.

Il Ministro inglese della sanità ha diretto agli Enti per la tutela della maternità e dell'infanzia, una circolare in cui dichiara che il Governo ha preso in esame la possibilità che le istituzioni ufficiali diano consigli sulla limitazione delle nascite. È stato deciso che tale attività esula dai loro compiti ed interferisce con essi. Tuttavia, qualora motivi d'ordine medico facciano presumere che le gravidanze ulteriori possano essere di danno, è contemplata l'autorizzazione di dare consigli, diretti ad evitare i concepimenti. Questa attività va svolta in un reparto speciale. Date le aspre divergenze di pareri sussistenti nel pubblico sulla limitazione delle nascite, nei riguardi etici e sociali, il Governo ha deciso che gli ambulatori per la limitazione delle nascite debbano essere autorizzati a funzionare solo nei riguardi sanitari, ossia per i casi in cui le gravidanze possono essere di pregiudizio alla salute (della madre o del nascituro).

Per la sterilizzazione degli inadatti negli Stati Uniti.

Lo Stato di Oklahoma ha promulgato una legge che autorizza la sterilizzazione definitiva di criminali e di alienati incurabili, di età inferiore a 67 anni per gli uomini, a 47 per le donne. L'attuazione è affidata ad un comitato composto di direttori d'ospedali, direttori di carceri e medici legali.

Convegno a Sassari pro piante officinali.

Presso la sede del Consiglio dell'Economia per la provincia di Sassari, il Prefetto ha inaugurato il 16 giugno un Convegno pro piante officinali, promosso dall'Ente nazionale dell'artigianato e piccole industrie, organizzato a cura di un Comitato sassarese. Dopo discorsi pronunziati dal prefetto, dal prof. Sabatini e dall'avv. Aliva, direttore del Consiglio dell'Economia, si sono iniziati i lavori del Congresso. È stata inaugurata una mostra erboristica, cui partecipano numerosi raccoglitori.

Esami per l'abilitazione alle arti ausiliarie sanitarie.

Con decreto ministeriale pubblicato dalla « Gazzetta Ufficiale » viene bandita una terza sessione di esami di abilitazione all'esercizio delle arti dell'ottico, dell'odontotecnico, del meccanico ortopedico ed ernista e dell'infermiere, comprese le specialità del massaggiatore e del capo bagnino negli stabilimenti idroterapici.

Potranno partecipare agli esami: *a*) coloro i quali dal 1° agosto 1927 abbiano esercitato direttamente da almeno due anni le arti suddette; *b*) gli infermieri dei pubblici ospedali già in servizio presso gli ospedali alla stessa data; *c*) coloro i quali, pur non avendo direttamente esercitato l'arte in parola, abbiano un tirocinio di almeno quattro anni come apprendisti nell'arte che aspirano ad esercitare.

Gli esami avranno luogo presso le R. Prefetture di Agrigento, Alessandria, Ancona, Ascoli, Bari,

Belluno, Bergamo, Bologna, Brescia, Cagliari, Caltanissetta, Catania, Catanzaro, Chieti, Como, Cremona, Cuneo, Firenze, Fiume, Foggia, Forlì, Genova, Lecce, Livorno, Massa, Messina, Milano, Modena, Napoli, Novara, Padova, Palermo, Parma, Pavia, Perugia, Pesaro, Pisa, Potenza, Reggio Calabria, Rieti, Roma, Sassari, Siena, Siracusa, Taranto, Torino, Trapani, Trento, Trieste, Udine, Varese, Venezia, Verona, Vicenza, Viterbo.

Coloro che aspirano a sostenere gli esami devono farne domanda entro il termine improrogabile del 15 luglio 1931, allegando i necessari documenti.

Sciagure di sanitari.

Il prof. Antonio Gnudi e il dott. Gilberto Bersani di Bologna si recavano in automobile a Castelbolognese per assistere ai funerali del compianto dott. Brunelli, quando ad una curva della strada, per una causa non ben precisata, la macchina si capovolgeva, andando a finire in un fosso. Tanto il prof. Gnudi, quanto il dott. Bersani, rimanevano gravemente feriti e più tardi vennero trasportati a Bologna e ricoverati d'urgenza alla casa di cura. Al prof. Gnudi sono state riscontrate gravi ferite alla testa e agli arti, mentre al dott. Bersani è stata riscontrata la probabile frattura del bacino. Per entrambi, i sanitari si sono riservata la prognosi.

Il dott. Roberto Faravelli, direttore dell'Ospedale di Monterotondo, mentre percorreva in automobile la via Salaria, nelle vicinanze dell'Aeroporto del Littorio, per schivare un carro andò incontro ad un grave infortunio; con commozione cerebrale. Venne ricoverato al Policlinico di Roma.

Ai tre valenti colleghi auguri vivissimi di sollecita guarigione.

Si è spento a Castelbolognese il dott. UMBERTO BRUNELLI, che presiedette l'Associazione Nazionale dei Medici Condotti ed ebbe molta parte nell'organizzare la classe e nel rivendicarne e farne valere i diritti. Fu deputato al Parlamento.

Di carattere leale, era amato e stimato anche da chi non ne condivideva la fede politica.

A. P.

Giunge notizia da San Francisco di California che, per un incidente d'ascensore, è morto colà il dott. GINO VIVALDI, assistente nei nostri Laboratori scientifici della Sanità, nipote del dott. Livio, aiuto negli stessi Laboratori.

Egli si era recato negli Stati Uniti per scopi di studio. Aveva innanzi a sè un avvenire promettentissimo.

Alla desolata famiglia le nostre condoglianze.

A. L.

Indice alfabetico per materie.

V. ASCOLI †, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXVIII Roma, 6 Luglio 1931 - IX Num. 27

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI †

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Istituto di Parassitologia Medica della R. Università di Roma
diretto dal prof. GIULIO ALESSANDRINI.

Sull'azione patogena della "Giardia intestinalis,,

per il dott. GIUSEPPE PENSO, aiuto.

Il concetto della patogenicità della *Giardia intestinalis* sembra abbia, ormai, definitivamente trionfato: nessuna voce, infatti, si è più levata in questi ultimi tempi, per sostenere la maggiore o minore innocuità di questo Protozoo, mentre, invece, innumeri sono stati i lavori e le comunicazioni su casi di Giardiasi clinicamente bene accertati.

D'accordo, ormai, sulla patogenicità della *Giardia intestinalis*, gli studiosi non sono oggi, invece, ancora d'accordo sugli aspetti clinici della Giardiasi.

Noi (10), in un ampio lavoro sull'argomento, pubblicato nel 1929, sostenevamo, basando il nostro dire su dati di fatto, che la Giardiasi si può presentare sotto tre aspetti clinici: *a*) forme a tipo non intestinale; *b*) forme a tipo enterocolitico; *c*) forme a tipo dissenterico di origine parassitaria mista.

Nelle « forme a tipo non intestinale » noi includevamo le sindromi caratterizzate da anemia e lievi disturbi nervosi.

Recentemente, però, l'Allodi (1), malgrado le affermazioni di molti AA., vorrebbe sostenere che la *Giardia intestinalis* non sia capace di provocare sindromi anemiche ben definite, e che, se queste sono in atto in individui portatori di Giardie, esse debbono attribuirsi ad altre cause che non al parassita in questione.

L'Allodi sarebbe, invece, propenso ad attribuire alle Giardie la capacità di provocare, con una relativa frequenza, disturbi colecistitici; fatto, questo, recentemente non ammesso dal Deschiens (6), il quale ha compiuto al riguardo un importante e minuzioso lavoro sperimentale.

Senza stare a citare l'imponente bibliografia sull'argomento, bibliografia che il lettore, del resto, potrà trovare quasi completa (fino al 1929) nel nostro lavoro citato, noi vogliamo qui esporre quello che è il frutto della nostra

osservazione e della nostra esperienza personale.

Prima di considerare le varie sindromi cliniche della Giardiasi, non crediamo sia male considerare il reperto parassitario delle feci, nelle forme di Giardiasi pura.

In queste, infatti, noi possiamo trovare le Giardie sia allo stato vegetativo, sia allo stato cistico, sia, contemporaneamente, allo stato vegetativo e cistico.

Il reperto più comune è quello delle cisti, più raro quello delle cisti e di forme vegetative allo stesso tempo, rarissimo quello di sole forme vegetative.

A questi tre reperti parassitari, corrispondono tre diverse sindromi coprologiche: le feci che contengono solo cisti sono, per lo più, di aspetto normale, ben formate, cilindriche, brune, dure: feci, forse, un po' troppo disidratate e, quindi, stipsiche.

Le feci, invece, che contengono contemporaneamente cisti e forme vegetative di *Giardia intestinalis*, sono, di solito, poltacee, informi, giallognole, con qualche raro frustolo di muco, a volte reperibile solo microscopicamente.

Le feci, infine, che contengono soltanto Giardie allo stato vegetativo si presentano grigiastre, di aspetto gelatinoso, ricchissime di muco, con qualche striatura sanguigna; al microscopio, vi si notano globuli rossi, globuli bianchi anche disfatti, cellule intestinali; e, reperto interessante, cristalli di Charcot-Leyden.

Queste diverse sindromi coprologiche corrispondono ad altrettante sindromi cliniche?

Noi crediamo di sì.

Quando, infatti, nelle feci di un individuo infestato da *Giardia intestinalis* si trovano cisti, le feci stesse sono ben formate, cilindriche, brune, ma dure; e noi ci troviamo, di solito, di fronte a un individuo che presenta una lieve sintomatologia intestinale, caratterizzata, soprattutto, da meteorismo e da una diffusa sensibilità addominale; e una più spiccata e intensa sintomatologia generale, caratterizzata da anemia di diverso grado, eosinofilia, disturbi vari, tutti a carattere nervoso: cambiamento di carattere, svogliatezza, irregolarità nell'appetito e nel sonno, facile stancabilità, deperimento, astenia.

Quando, invece, nelle feci si rinvengono Giardie sia allo stato vegetativo che cistico, ci troviamo, di solito, di fronte a individui che presentano una vera forma di colite cronica, a *poussées* successive, caratterizzate da diffusa dolorabilità addominale, coliche e meteorismo. Le scariche alvine, nei periodi di acuità, raggiungono le due o tre giornaliere, e le feci, in questi casi, sono pastose, brune, fetide, e presentano, dopo diluizione, piccoli frammenti di muco, che rivelano, appunto un, sia pur lieve, processo colitico.

Quando nelle feci, infine, si rinvengono esclusivamente Giardie allo stato vegetativo — Giardie che non si incistano mai e che muoiono allo stato vegetativo — ci si trova, di solito, in presenza di forme gravi, acute e virulenti di Giardiasi, che assume il carattere di vera colite dissenteriforme, con feci gelatinose, mucose e muco-purulente, spesso con traccie evidenti di sangue. In questi casi le scariche giornaliere possono raggiungere anche le 15 e le 20!

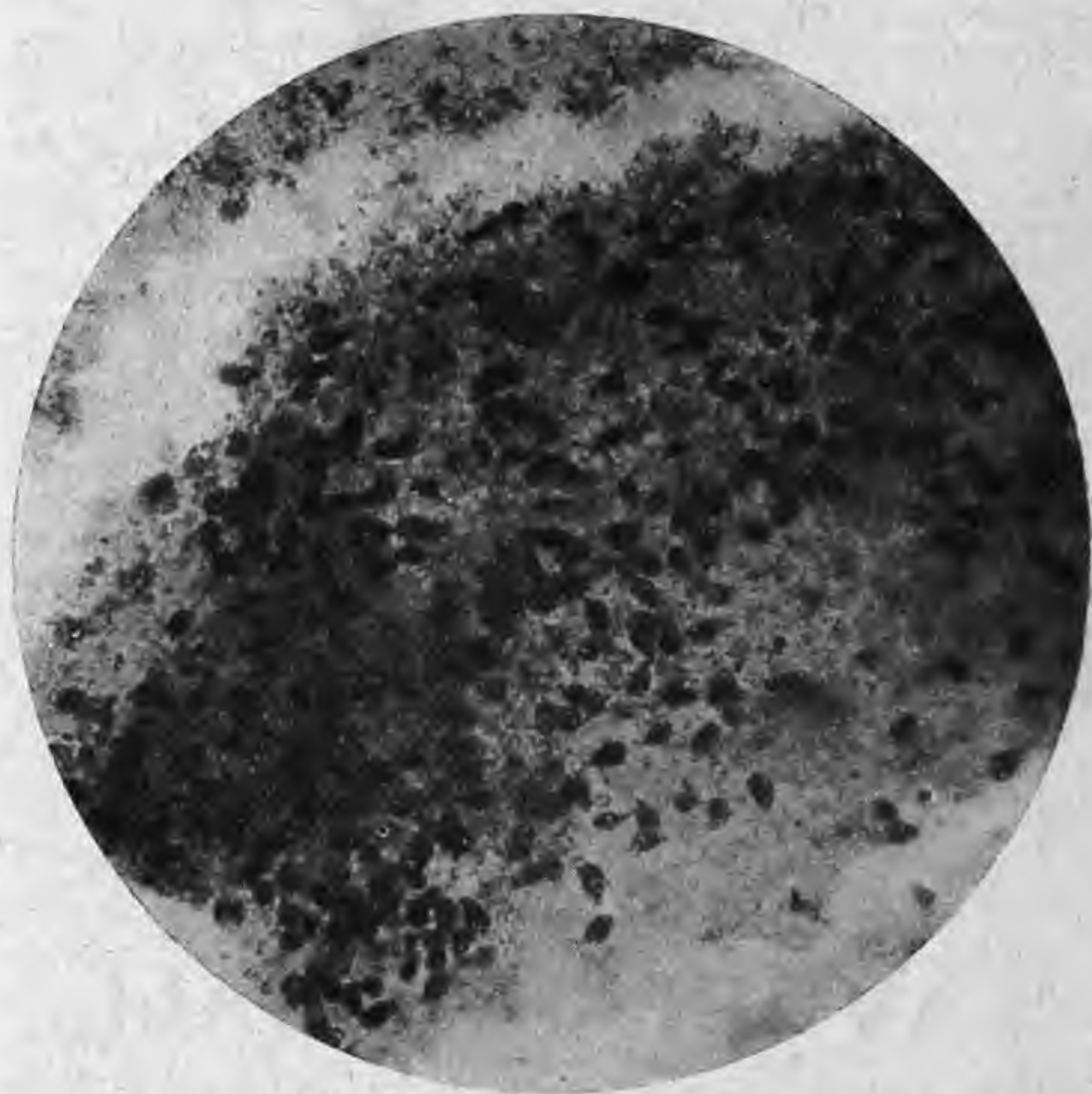



FIG. 1. — Filamento di muco infarcito di Giardie allo stato vegetativo (colorazione all'ematossilina ferrica) (× 300).

Queste forme sono piuttosto rare, ma a noi, che su questa malattia abbiamo ormai una esperienza di cento e più casi, fu dato di vederne alcune veramente tipiche e a decorso gravissimo. In questi casi, quello che colpisce è il numero favoloso di parassiti che si rinvengono nelle feci, parassiti ammassati a centinaia nei filamenti mucosi (fig. 1) e che raramente si rinvengono isolati.

Come si vede, anche dal solo reperto coprologico appare evidente una distinzione tra le varie forme di Giardiasi.

Clinicamente, questa distinzione appare molto più netta e precisa.

La sintomatologia, infatti, presentata dagli individui infestati da *Giardia intestinalis* — e soltanto da Giardia — si può raggruppare essenzialmente in una sintomatologia a carat-

tere tipicamente intestinale, in una a carattere assolutamente non intestinale e in una a carattere misto, forse la più comune.

Le *forme a tipo intestinale* si manifestano con colite, la quale può essere a decorso subdolo e cronico, o a decorso acuto, grave, dissenterico.

Le *forme a tipo non intestinale*, invece, si manifestano con anemia più o meno grave — anemia che si deve assolutamente mettere in rapporto alla presenza delle Giardie, giacchè con la scomparsa di queste scompare anche quella — e con disturbi nervosi di vario genere, di cui più sopra abbiamo tenuto parola. Gl'individui affetti da questa forma di Giardiasi venivano, una volta, erroneamente considerati, per il solo fatto che non presentavano fenomeni dissenterici, come portatori sani.

Le *forme a tipo misto*, infine, hanno contemporaneamente alcuni caratteri della prima e della seconda forma: non si presentano, però, mai in fase acuta, dissenterica, mentre qualche rara volta sono accompagnate da una speciale sintomatologia a carico delle vie biliari.

In questi ultimi tempi, anzi, si è addirittura parlato di una *forma biliare* di Giardiasi e ciò per avere frequentemente trovato Giardie nella bile B raccolta con il sondaggio duodenale dopo le prove di Meltzer-Lyon (iniezione duodenale di solfato di magnesio) o dopo quella di Carnot (iniezione ipodermica di lobo posteriore di ipofisi). Questo reperto, però, se costituisce un segno di probabilità di infestazione delle vie biliari, non costituisce davvero un segno di certezza, giacchè la bile, prima di raggiungere la sonda, si mescola al liquido duodenale, dove, è noto, pullulano le Giardie.

E che ciò sia vero, lo dimostra il fatto che nella letteratura si leggono ben 9 casi — uno di Silvermann (11), uno di Lyon (8), uno di Chiray e Lebon (5), due di Castex e Galan (4), uno di Cain (3), uno di Savignac (10), uno di Cade, Cotte e Morenas (2) e uno di Kirszblum (7) — di individui che, mentre presentavano Giardie nella bile B asportata col sondaggio duodenale — e col metodo Meltzer-Lyon — non presentavano, invece, assolutamente Giardie nella vescichetta biliare asportata chirurgicamente; Deschiens (6). inoltre, fa notare come in 12 topi, che presentavano una grave Giardiasi intestinale, non gli fu mai dato di osservare Giardie nella vescicola biliare.

Fig. 2. — Sezione d'intestino di topo infestato di Giardie. Notare il gran numero di parassiti presenti negli spazi intervillari o aderenti alla mucosa, che si presenta frastagliata e alterata (× 250).

Fig. 3. — Ammassi di Giardie negli spazi intervillari. Notare come la mucosa del villo di destra presenti le impronte del citostoma di Giardie che vi dovevano, evidentemente, essere aderenti; e come la mucosa del villo di sinistra sia sfrangiata e alterata in tutta la sua lunghezza (× 1000).

Accanto a queste ricerche del Deschiens, noi possiamo aggiungere le nostre condotte ininterrottamente da tre anni: noi, infatti, abbiamo sistematicamente autopsiato tutti i topi e i ratti giunti in laboratorio per varie ragioni o che erano serviti per altre esperienze sia nel nostro che in altri Istituti, ed abbiamo sistematicamente ricercato le Giardie nell'ileo, nel digiuno, nel duodeno e nella vescichetta biliare; ebbene, mentre molte volte ci fu dato

di osservare gravi infestazioni intestinali, non ci fu mai dato di osservare, invece, Giardie nella cistifellea.

Con ciò, noi non vogliamo escludere la possibilità di una infestazione delle vie biliari da parte della *Giardia intestinalis*, tanto più che in tre casi, due di Smithies (12) e uno di Westphal e Georgi (13), Giardie furono trovate nella cistifellea asportata chirurgicamente.

Tre casi, dunque, contro nove; mentre negli animali parassitati nessuno è riuscito ancora a mettere in evidenza Giardie nella cistifellea, il che fa concludere che se nella Giardiasi la infestazione intestinale è abituale, quella delle vie biliari, invece, è rara ed eccezionale, per cui ci sembra un po' troppo azzardato volere addirittura creare una *forma biliare* di Giardiasi, forma che, secondo noi, non si deve considerare come una speciale sindrome a sè, ma come una semplice e rara complicanza delle *forme a tipo misto.*

FIG. 4. — Giardie aderenti alla mucosa intestinale, che si presenta irregolare e qua e là ulcerata. In basso e a destra una piccola ulcerazione con Giardie nell'interno (× 1000).

FIG. 5. — Una serie di piccole ulcerazioni lungo tutto il margine di un villo.

Come più sopra dicevamo, noi non siamo mai riusciti a trovare nelle vie biliari di topolini o ratti infestati con *Giardia muris* o, sperimentalmente, con *Giardia intestinalis*, il parassita in questione; saremmo stati, anzi, ben lieti di trovarlo, giacchè abbiamo cercato di studiare, sperimentalmente, l'anatomia patologica delle Giardiasi, giungendo ai seguenti risultati.

Macroscopicamente, all'autopsia degli animali gravemente infestati da Giardie — infestazioni spontanee da *Giardia muris*, o sperimentali, in giovani ratti, da *Giardia intestinalis* — si nota soltanto un notevole stato catarrale della mucosa del duodeno e dei due terzi superiori dell'ileo: niente ulcerazioni, quindi, niente stravasi sanguigni. Nel muco intestinale pullulano le Giardie allo stato vegetativo.

Il reperto istologico, invece, è molto più interessante.

A piccolo ingrandimento, infatti, nelle sezioni dell'intestino si nota, tra villo e villo (fig. 2), un numero esorbitante di Giardie, molte delle quali sono saldamente aderenti alla mucosa. I villi, inoltre, sono notevolmente infiltrati e presentano il margine libero anfrattuoso e alterato.

A più forte ingrandimento (fig. 3,4,5,6,7), si nota come le Giardie siano disposte a filare, l'una appresso all'altra, tutto lungo la parete del villo, e come, con il loro citostoma, siano fortemente aderenti alla mucosa intestinale. Questa, poi, si presenta alterata, frastagliata e su di essa si notano una serie di piccole ondulazioni, traccie evidenti dei punti in cui le Giardie aderivano e suggevano, quasi, con il loro citostoma.

In più, lungo tutto il margine libero della mucosa, si notano minute ulcerazioni entro le quali stanno di solito le Giardie.

La *Giardia intestinalis*, dunque, non ha un potere litico come l'*Entamoeba dysenteriae* o il *Balantidium coli;* essa, localmente, esercita una spiccata azione meccanica dovuta al citostoma che il parassita possiede, citostoma che

si può paragonare a una vera ventosa. La Giardia, inoltre, esercita, sempre localmente, una leggera reazione tossica a carattere flogogeno; la flogosi, però, potrebbe essere in parte messa anche in rapporto a una infezione secondaria dovuta a batteri intestinali penetrati secondariamente nella mucosa attraverso le lesioni di continuo provocate dalle Giardie stesse.

L'adesione, infine, delle Giardie alla mucosa intestinale deve, evidentemente, impedire a questa di funzionare normalmente, onde si ha deficienza di secrezione e deficienza di assimilazione.

Oltre all'azione traumatica e tossica locale — che noi, chiaramente, abbiamo potuto mettere in evidenza nelle nostre sezioni — si deve ammettere, allo scopo di spiegare la sintomatologia ematica e nervosa, che le Giardie elaborino una speciale sostanza tossica che vada a disturbare la funzione emopoietica del midollo e la normale funzionalità dei centri nervosi.

In conclusione, dunque, la *Giardia intestinalis* è capace di esplicare una ben determinata azione patogena: meccanica sulla mucosa intestinale e tossica irritativa a carattere locale e generale.

FIG. 6. — Evidenti alterazioni delle cellule mucipare, alle quali stavano aderenti Giardie, ora libere nel lume (× 1000).

FIG. 7. — Numerose Giardie aderenti alla mucosa e incuneate in basso, nello spessore della mucosa stessa, alla base dei villi (× 1000).

RIASSUNTO.

L'A., che basa la sua esperienza sopra un centinaio di casi di Giardiasi, riunisce le forme cliniche di questa malattia in tre gruppi: a) *forme a tipo intestinale*, con colite a decorso subdolo o cronico, o a decorso acuto, dissenterico; b) *forme a tipo non intestinale*, con anemia più o meno grave e con disturbi nervosi di vario genere; c) *forme a tipo misto*, che presentano contemporaneamente i caratteri della prima e della seconda forma. L'A., infine, non crede si possa parlare di una vera *forma biliare* di Giardiasi, giacchè le prove fino ad oggi raccolte non sono ancora probative, mentre a lui non fu mai dato di vedere Giardie nella cistifellea di topi che ne erano gravemente infestati nell'intestino.

L'A. descrive, poi, le lesioni anatomo-patologiche che si riscontrano nella Giardiasi sperimentale, lesioni caratterizzate da alterazioni della mucosa intestinale, che, oltre ad essere infiltrata, si presenta frastagliata, ondulata, ulcerata e con un numero infinito di Giardie aderenti alla mucosa stessa o innicchiate nelle piccole ulcerazioni. L'A. termina il suo studio concludendo che la *Giardia intestinalis* esercita un'azione meccanica sulla mucosa intestinale e un'azione tossica irritativa a carattere locale e generale.

BIBLIOGRAFIA.

1. ALLODI A. *Sulla patogenicità di taluni parassiti dell'intestino umano.* Arch. di Pat. e Clin. Med., 1930, X, 139.

2) CADE, COTTE e MORENAS L. *Etude d'un cas de lambliose ténace. Inefficacité de la cholécystectomie.* Journ. de Méd. de Lyon, 1929, X, 531.

3) CAIN A. *Cholécystite et lambliose.* Arch. Mal. app. dig. et de la nut., 1929, XIX, 316.
4) CASTEX M. e GALAN J.-C. *Las giardiasis de las vias biliares.* Arch. arg. enf. app. digest., oct. 1925; *La giardiose duodénale.* Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nut., 1926, XVI, 635.
5) CHIRAY e LEBON G. *A propos de la lambliose vésiculaire.* Bull. Soc. Méd. d. hôp. Paris, 1925, XLI, 1334.
6) DESCHIENS R. *Recherches sur l'infection des voies biliaires par les giardies.* Arch. des mal. de l'app. digest., 1930, X, 139.
7) KIRSZBLUM. Thèse de Paris, 1930.
8) LYON V. *Giardiasis, its frequency, recognition. treatment and certain clinical faction.* Am. Journ. of Med. Sc., 1925, CLXX, 348.
9) PENSO G. *Giardia intestinalis (Lambl) e Giardiasi. Studio parassitologico e clinico.* Ann. di Med. Nav. e Col., 1929, XXXV, 125.
10) SAVIGNAC R. *Discussion de la communication d'André Cain à la Soc. de gastro-ent.* Arch. des mal. de l'app. dig., 1929, XIX, 321.
11) SILVERMANN. *Giardiasis and gall-bladder.* New Orleans Med. and Surg. Journ., 1925, LXXV, 585.
12) SMITHIES E. *Parasitosis of the bile passage and gall-bladder.* Amer. Journ. of Med. Sc., 1928, CLXXVI, 225.
13) WESTPHAL K. e GEORGI. *Ueber die Beziehungen der «Lamblia intestinalis» zu erkrankungen der Gallenwege und Leber.* Münch. Med. Woch., 1923, LXX, 1080.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

ISTITUTO DI PATOLOGIA MEDICA DIMOSTRATIVA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI CATANIA
Prof. S. FICHERA, direttore inc.

Su di un caso di polidattilia

per BENEDETTO BLASI, allievo interno.

Sulle deformazioni congenite delle dita, numerose sono le osservazioni descritte da vari Autori (Calori, Guyot Daubés, Pires de Lima, Ceccherelli, Pol, Artusi, Zampa, Ricaldoni e Isola, Rotella, ecc.), i quali hanno cercato di interpretare la genesi del fenomeno invocando ora il fattore ereditario, ora la reversione atavica, ora l'influenza di fattori psichici ecc. Nè mancano, nello stesso senso, i lavori sperimentali e teorici di naturalisti, che ne hanno studiato in modo speciale la genesi e le possibili variazioni nel corso della filogenesi. Ritengo pertanto che l'osservazione da me fatta sia degna di essere riferita, inquantochè oltre a portare un modesto contributo di casistica, dimostra dei particolari che possono servire come elementi per l'interpretazione genetica delle malformazioni congenite.

Svariate sono le anomalie, che si possono osservare nelle dita delle mani e dei piedi e si sogliono distinguere in diversi gruppi: polidattilia o iperdattilia, polifalangia o iperfalangia, solchi congeniti, sindattilia, macrodattilia, brachidattilia, ectrodattilia, clinodattilia, camptodattilia. Anche numerose sono le classificazioni delle varietà della polidattilia; riporto quella del Kraus, come la più esplicativa, ma si comprende che trovandoci in un campo così controverso, in quanto all'interpretazione genetica del fenomeno, ogni classificazione è buona.

L'A. distingue: 1) dita soprannumerarie in serie; 2) pollice soprannumerario articolato sul margine laterale del primo metacarpo; 3) pollice bifido e cioè diviso in due o in tutto il suo decorso o sulla sola falangetta; 4) dito cubitale soprannumerario, spesso pendulo alla prima falange del quinto dito.

La mia osservazione riguarda una ragazza (C. P.) di 13 anni, ricoverata in ospedale perchè affetta da insufficienza mitralica, presentante una complessa malformazione congenita delle dita di entrambe le mani.

Anamnesi: la madre è vivente e sana; ebbe dodici gravidanze tutte condotte a termine. Da parti eutocici nacquero figli vivi, di cui quattro morirono in tenera età e gli altri sono sani. Ebbero tutti allattamento materno e compirono in epoca fisiologica i primi atti dell'infanzia. Il padre è anche sano.

Fra gli ascendenti paterni ed i collaterali dell'inferma spicca nettamente il carattere ereditario di malformazione delle dita di entrambe le mani. Il bisnonno (paterno) era polidattilo, con una disposizione delle dita delle mani identica a quella osservata nel soggetto in esame. La nonna aveva normale, per il numero delle dita, la mano sinistra, ma presentava una deviazione dorsale dell'asse della falange ungueale del pollice; l'altra mano, invece, oltre la deviazione sudescritta presentava un dito in più completo, piccolo, impiantato sul margine radiale della mano, a livello dell'estremità distale del primo metacarpo.

FIG. 1.

Di sette fra fratelli e sorelle del padre della paziente, solo due hanno normale per numero e

conformazione le dita delle mani; degli altri; due (morti) avevano in entrambe le mani la deviazione del pollice, descritta precedentemente ed uno fra questi presentava inoltre un dito soprannumerario, completo, piccolo, impiantato sul margine radiale della mano destra alla base del pollice; due (morte) avevano soltanto la deviazione del pollice in entrambe le mani, di esse una ebbe un figlio esadattilo per un dito in più, piccolo, completo, impiantato sul margine radiale della mano alla base del pollice destro; uno (vivente) ha in entrambe le mani deviato dorsalmente l'asse della falange ungueale del pollice; sposatosi ha avuto una figlia con le dita delle mani conformate similmente a quelle della nostra inferma.

Il padre ha in entrambe le mani la solita deviazione del pollice ed inoltre nella mano destra presenta un dito soprannumerario (un pollice in miniatura) impiantato lungo il margine radiale della mano alla base del pollice.

Dei fratelli e delle sorelle dell'inferma, sei, di cui uno morto, sono nati normali per numero e conformazione delle dita delle mani; tre (morti) presentavano, uguale a quella del padre, la disposizione delle dita delle mani; due (vivi) hanno oltre la falange ungueale del pollice di entrambe le mani deviata dorsalmente, un dito in più per ciascuna mano, impiantato alla base del pollice sul margine radiale. Nella mano destra è piccolo, ma completo mentre nella sinistra è rudimentale, con una sola falange e privo di unghia.

Dall'esame obiettivo della P. si rileva: scheletro del capo, del tronco e degli arti inferiori regolare; agli arti superiori malformazione delle mani.

Mano destra: il pollice è atrofico, piccolo, sprovvisto di falangi e di unghia; le altre dita sono normali, sia per conformazione esterna che per costituzione scheletrica. Esiste fra il pollice (rudimentale) e l'indice un dito soprannumerario tozzo, a conformazione esterna simile a questo, ma meno esteso in lunghezza, descrivente nel suo decorso una lieve curva a concavità verso l'indice stesso (fig. 1).

Fig. 2.

Il radiogramma dimostra: nel carpo lievissimo grado di iposviluppo della serie prossimale delle ossa del carpo; il trapezio si articola con il nucleo cefalico di un metacarpo di pollice atrofico, del quale distalmente a quello si vede solo un nucleo osseo, rudimento della falange; il trapezoide si articola con il vero indice, mentre tra il pollice ed il vero indice è intercalato un indice soprannumerario che si articola col carpo nè per mezzo del trapezoide, nè del trapezio singolarmente, ma con tutti e due gli ossicini, a mezzo di due semifaccette articolari. Il dito continua col suo asse la direzione di quello radiale dell'avambraccio, ha morfologia uguale a quella delle altre dita (fig. 2).

Mano sinistra: il pollice è appena accennato e solo una piccola sporgenza esterna ne indica la sua presenza.

Le altre dita sono normali sia per conformazione esterna che per costituzione scheletrica. Come nell'altra mano esiste un dito soprannumerario, posto fra l'abbozzo del pollice e l'indice;

esso presenta delle caratteristiche particolari, per cui, a prima vista, si potrebbe interpretare come un pollice bifido. Però la direzione del proprio asse, la costituzione ossea, la posizione del capo articolare col carpo, dimostrano come sarebbe errato tale modo di vedere. Il dito ha quasi la direzione dell'indice normale ed in corrispondenza dell'estremo distale della prima falange si biforca in due piccole dita, ciascuno formato da due falangette, di cui la distale munita di unghia. Esse sono dotate di relativa mobilità attiva e mentre l'interno ha l'asse posto in linea retta, l'esterno si presenta costantemente piegato ad angolo retto verso la articolazione interfalangica del primo (fig. 3).

Il radiogramma dimostra: carpo normalmente sviluppato; il trapezio si articola lateralmente con un nucleo osseo, unico accenno allo scheletro del pollice; medialmente assieme ad una piccola faccetta del trapezoide si articola con l'estremo prossimale del metacarpo di un dito soprannumerario. Tale dito alla parte distale della prima falange si biforca in due dita munite di articolazioni distinte e due falangi per ciascuno (vedi fig. 2).

FIG. 3.

Si ha pertanto una polidattilia, malformazione anatomica congenita abbastanza nota sia per la frequenza dei casi riscontrati, sia per il carattere ereditario, a tipo dominante, che le è proprio.

La malformazione, come emerge dalla esposizione fatta, non si presenta con caratteri uguali e costanti nei vari soggetti della famiglia, ma ora è quanto mai complessa, ora si riduce ad una semplice deviazione dell'asse del pollice, rimanendo normale il numero e la conformazione delle altre dita; inoltre si svolge esclusivamente dalla parte radiale di entrambe le mani.

Ho già precedentemente detto che la genesi della polidattilia, come in genere, di tutte le malformazioni congenite degli arti non è stata ancora chiarita.

Dagli antichi filosofi, tali fenomeni, venivano interpretati come ire divine o incesti fra demoni e mortali e fu per merito di Aristotile, che gli studiosi, liberandosi dalle credenze popolari, dal fanatismo religioso, volsero le loro ricerche verso il campo della realtà cercando nei processi naturali di trovare l'interpretazione di essi.

Così attraverso una serie di ipotesi, delle più svariate concezioni si giunse all'epoca moderna, in cui malgrado non si sia riuscito ancora a dare una spiegazione soddisfacente della genesi delle varie malformazioni congenite, pure si è ristretto il campo della natura di esse.

Numerosi sono i sostenitori della teoria dell'atavismo, secondo la quale ammettendo l'esistenza nella mano e nel piede primitivo di due altre dita (sette in tutto, eptadactilia), l'uno medialmente al pollice o all'alluce, il « prepollice » o « prealluce », l'altro lateralmente al mignolo o al quinto dito del piede, il « posterinismo », il pollice e l'alluce, il mignolo ed il quinto dito del piede e della mano normali, rappresenterebbero il risultato della coalescenza di due dita presenti peraltro nei primi periodi di sviluppo dell'embrione.

Pertanto la comparsa di dita soprannumerarie nella mano e nel piede dell'uomo acquisterebbe il valore di anomalia reversiva.

Maggiore favore ha incontrato la teoria che considera, in modo assoluto, il fattore ereditario come agente etiologico delle malformazioni; i numerosi casi descritti di intere famiglie presentanti polidattilia ne fanno fede. Ma tale interpretazione non è esente da critica perchè non è possibile in tutti i casi di mettere in evidenza il fattore eredità nella genesi del fenomeno; si potrebbe piuttosto ritenere che si erediti una predisposizione all'alterazione di sviluppo, ma che essa non ne rappresenti l'unica causa.

Un'altra concezione, che ha dato luogo ad innumerevoli discussioni perchè chiamata in causa a spiegare l'origine di quasi tutte le malformazioni congenite è quella della compressione meccanica esercitata dall'amnios o da briglie amniotiche sulle varie parti del corpo. Rimane dubbio però se siano le briglie a determinare l'anomalia o se questa avesse una causa diversa e le briglie siano state trovate solo casualmente.

Da Barfuth fu elaborata la teoria della iperrigenerazione. Egli, sperimentalmente, in vertebrati inferiori asportando le cinque dita dell'estremità inferiore è riuscito a riprodurre una polidattilia a nove dita; d'altro canto è noto come gli Uredeli e gli Artropodi quando subiscono mutilazioni delle dita o degli arti interi, non solo rigenerano le parti perdute, ma ne aggiungono delle nuove.

Si hanno così casi di polidattilia o polimelia, che sarebbero dovute a cause distrofiche di natura varia (funzionali, meccaniche, ecc.).

Si potrebbe pensare che qualche cosa di simile possa accadere nell'uomo durante lo svi-

luppo embrionale allorchè uno stimolo abnorme agisca direttamente o indirettamente su una o più parti del corpo; ma non è lecito ricondurre facilmente fenomeni che si svolgono in animali vertebrati inferiori ai vertebrati superiori e tanto meno all'uomo.

Diversi Autori tedeschi (Pol, Grafenberg, Pzibraum ecc.), in base a ricerche embriologiche, sostengono che i segmenti soprannumerari in genere rappresenterebbero parti di una seconda mano o di un secondo piede più o meno rudimentale e che in tutti i casi si tratterebbe di accenni di mostruosità doppie. Abbastanza recente questa interpretazione attende delle conferme.

Qualche Autore ha, ancora, data importanza all'influenza di fattori psichici, nel determinismo delle malformazioni.

Nel caso speciale, da me studiato, è evidente l'intervento del fattore ereditario come agente etiologico di grande importanza del fenomeno, ma non credo che esso sia stato l'unico poichè la malformazione allora avrebbe dovuto trasmettersi con caratteri costanti e sempre uguali. Il fatto che il fattore ereditario non può essere invocato come esclusivo agente determinante l'anomalia, fa pensare, che volta a volta siano inoltre intervenute delle turbe di varia natura (funzionali, meccaniche, psichiche, ecc.), le quali esplicando la loro azione sulla ontogenesi abbiano causato una disposizione diversa della malformazione, ereditariamente trasmessa però, con caratteri sempre costanti ed uguali.

I vari periodi della ontogenesi e cioè *progenesi* (sviluppo delle cellule sessuali), *blastogenesi* (sviluppo embrionale), *organogenesi* (sviluppo dei tessuti ed organi) sono quelli, su cui turbe di entità e natura diversa possono agire a far deviare l'effettuarsi delle leggi biologiche, che governano lo sviluppo dell'organismo nelle sue varie parti ed il tramandarsi dei caratteri ereditari.

In base a queste considerazioni, sia per questa come per le altre malformazioni congenite la eziologia si potrebbe intendere come una abnorme ontogenesi legata geneticamente a turbe di sviluppo di natura varia (funzionali, meccaniche, psichiche, ecc.), le quali alla loro volta sarebbero influenzate o agirebbero in modo diverso su eventuali caratteri ereditarii preesistenti; nel senso che una malformazione stabilitasi nel corso dello sviluppo ontogenetico, per l'influenza di turbe di natura varia, preesistendo caratteri ereditari si stabilirebbe fra le due cause della malformazione stessa, un equilibrio, un adattamento tale che l'anomalia per quanto ereditaria verrebbe ad essere modificata da quel fattore che ha agito durante i vari periodi dello sviluppo dell'organismo.

CONCLUSIONI.

Una ragazza di 13 anni, ben conformata nel rimanente del corpo, presenta delle malformazioni congenite delle dita delle mani, consistenti, essenzialmente, in un fenomeno di polidattilia. L'esame radiografico mette in evidenza delle alterazioni scheletriche a carico della serie dei metacarpi e delle falangi delle dita.

Dall'anamnesi familiare risulta che la malformazione è stata tramandata dagli ascendenti ed è presente anche nei collaterali; che fra i vari componenti della famiglia non è stata trasmessa con caratteri costanti e sempre uguali.

Pertanto il polimorfismo della malformazione potrebbe spiegarsi ammettendo che sul carattere ereditario, durante la ontogenesi, di ciascun soggetto siano intervenute delle turbe di varia natura (funzionali, meccaniche, psichiche ecc.), che volta a volta abbiano determinato la variabilità della malformazione stessa.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di polidattilia delle mani in una ragazza di 13 anni, il cui sviluppo scheletrico non presentava altre anomalie.

Rilevando dall'anamnesi l'ereditarietà della malformazione, che però nei vari componenti della famiglia si è presentata a caratteri diversi, attribuirebbe tale polimorfismo all'azione di turbe di natura varia esplicantesi durante la ontogenesi di ciascun soggetto, pur prevalendo il fattore ereditario.

Ospedale « Duchessa di Galliera » in Genova
Quinta Sezione Chirurgica.

diretta dal primario dott. Passaggi

Un caso interessante di polisindattilia famigliare

per il dott. L. Vallega, assistente.

Nella evoluzione embrionale, l'arto superiore appare per il primo, da una sporgenza laterale delle somatopleure, e quello inferiore non tarda a seguirlo, prendendo entrambi l'aspetto di bottoni schiacciati. Essi appaiono evidenti già dal quarto giorno di sviluppo e mostrano una serie di cellule parallele o divergenti, separate fra loro da spazi più chiari. Il loro numero è vario (sino a nove) ed allorquando eccedono e sopravvivono, possono spiegare

l'esistenza di tutte quelle anomalie di sviluppo che si conoscono.

Foltz, sostiene che la mano primitiva è di sei dita e che il nostro pollice rappresenta la coalescenza di due dita: il pollice bifido è quindi un ritorno alla disposizione primitiva. Dareste, ammette che, primitivamente nell'embrione sonvi più di cinque dita, e che le dita supplementari si atrofizzino in seguito, perchè i germi contengono una forza latente che può estrinsecarsi per l'azione di una causa esterna a noi sconosciuta.

Questo fatto dipende da una ontogenesi abnorme, o, in altre parole, è legato geneticamente a turbe individuali di sviluppo.

Le alterazioni progressive di crescenza, si esplicano quasi sempre con modificazioni morfologiche e come tali sono state studiate, dopo che il possente spirito investigativo del Morgagni, Mekel e Geoffroj Saint Hilaire, stabilirono quella teoria « degli arresti di sviluppo » che anche oggi ha una così larga parte nella interpretazione dei fenomeni teratologici. Tra i concetti di altri ricercatori, rammentiamo la legge dell'accrescimento ineguale di Hiss, per cui il differenziamento nei tessuti fu attribuito a pieghe formate da sviluppo ineguale tra gli elementi, e l'uovo non dovrebbe essere quindi considerato come una semplice cellula, ma come un vero organismo a costituzione chimica assai complessa ed il cui lavoro è regolato da forze latenti insite nell'uovo stesso.

Non volendo dilungarmi sopra argomenti che mi porterebbero troppo lungi dal breve cenno che mi propongo di esporre, ricorderò che, oltre ai fattori patologici di indole diversa, cioè alle cause esterne, meccaniche, fisiche. chimiche, psichiche ecc., l'ereditarietà è stata sempre oggetto di accurati studi e di non brevi discussioni. Essa è capace di agire indirettamente, preparando nelle cellule germinative, un mezzo evolutivo speciale, tale da modificare il disegno comune dello sviluppo embrionale ed imprimere nell'individuo i caratteri che lo differenziano da quelli della specie alla quale esso appartiene.

Similmente noi possiamo intendere una forza teratogenetica ereditaria, come una forza capace di creare condizioni speciali, che imprimano al germe uno sviluppo tutto particolare, tale da condurlo a vere forme degenerative.

La spiegazione della eredità teratologica è grave e complesso problema di biologia e del quale non è il caso di iniziare qui la discussione. Certo è che le idee moderne tendono sempre più a far considerare le influenze ereditarie come simili, o per lo meno comparabili, alle influenze esterne.

E non tralascio di dire che in certi casi ed in date circostanze « le intossicazioni ed i processi infettivi » hanno una indubbia influenza, perchè capaci di dar luogo a malattie fetali produttrici alla lor volta di malformazioni. A queste cause, altre se ne sono volute aggiungere, quali, la fatica eccessiva, l'età avanzata dei genitori ed infine la consanguineità.

Ecco in breve la storia dell'ammalato capitato alla mia osservazione:

C. G., di anni 33, celibe, contadino, da Rovegno (Genova). N. d'ordine 303, n. d'ammiss. 1511, letto n. 13 del nono padiglione. Entra in ospedale colla diagnosi di ernia inguinale destra e colla indicazione dell'atto operativo ad hoc.

Anamnesi personale remota. — Padre con sindattilia alle estremità superiori del terzo e quarto dito, morto a 67 anni per cardiopatia. La madre ha 64 anni ed è colpita da più di sei mesi da emiplegia a destra. Ha quattro fratelli che godono buona salute: l'ultimo nato, presenta polidattilia ai piedi e sindattilia agli arti superiori, in maniera pressochè identica a quella che sto per descrivere.

Nato da parto eutocico e secondo figlio, ebbe allattamento materno sino a dieci mesi, epoca nella quale ebbe inizio la deambulazione che venne effettuandosi molto lentamente a motivo della conformazione anomala delle dita dei piedi. Non sofferse gli esantemi abituali infantili e solo a quattro anni contrasse una forma bronco-polmonare. Nega lue e malattie veneree. A venti anni, una forma influenzale lo costringe a letto per oltre un mese. Riformato dal servizio militare, ha sempre accudito a lavori campestri. L'esame degli apparati circolatorio e respiratorio è negativo: organi addominali nei limiti. Normale la psiche. La deambulazione si compie regolarmente; ed è buona, per il continuo esercizio fatto dal paziente, la funzionalità delle mani.

Passando all'esame dettagliato di queste, si osserva l'unione del terzo col quarto dito nella loro porzione mediale per mezzo di una lassa membrana, mentre la porzione scheletrica d'entrambe le falangi dei pollici, appare deviata dall'asse normale ed alterata nella sua struttura (vedi foto e radiografia).

Più caratteristiche sono le estremità inferiori,

ove il piede destro presenta l'unione del primo, secondo e terzo dito con fusione delle prime due falangi distali che appaiono, oltrechè schiacciate, deviate e rivolte medialmente. In più havvi uno sdoppiamento dello scheletro della prima e seconda falange. L'esame del piede sinistro rivela la fusione membranosa della prima, seconda e terza falange e la radiografia mette in evidenza lo sdoppiamento scheletrico dell'alluce relativo.

Ecco in breve sintesi, un'altro caso di entità teratologica che si aggiunge alle numerose pubblicazioni sullo stesso argomento e non ha quindi alcuna presunzione di originalità: mi è parso degno di rilievo, sopratutto perchè marca a segni netti il fattore ereditario, come la causa precipua di quelle alterazioni che ho descritto dianzi.

Genova, novembre 1930.

RIASSUNTO

L'A. illustra un caso di polisindattilia ereditaria e, dopo avere accennato alle varie teorie che tendono ad illuminare l'entità teratologica in questione, insiste sul fattore ereditario perchè più chiaramente dà ragione e spiega la anomalia suddetta.

BIBLIOGRAFIA.

BLUM. *Chirurgie du pied.*
BRESSOT. Bulletins de la Société des Chirurgiens de Paris, mai 1929, n. 9, t. XXI.
BUIZART. Ibid., nov. 1928, n. 14, t. XX.
CALDERINI. Annali di Ostetricia e Ginecologia, luglio 1923, n. 7.
COBELLIS. Annali Italiani di Chirurgia, dic. 1928, pag. 1345.
COLEMAN. The Journal of the American Ass., sept. 1924, n. 12, vol. LXXXIII.
DELMAS. Société anatomique de Paris, dic. 1929.
DUNKER. Zeitschrift fur orthp. Chirurgie, 15 oct. 1926., fasc. 4, t. LXII.
FERRARESI. Rivista Ospedaliera. Nov. 1924, n. 22, vol. XIV.
FISCHER. Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux, sept. 1925, n. 37, vol. XLV.
FOÀ. *Anatomia patologica.*
FORGUE. *Compendio di Patologia Chirurgica*, vol. I.
HORWITZ. Journal de Chirurgie, oct. 1928, n. 4. t. XXXII.
KOENIG. *Traité de Patologie Chirur.*, t. III.
LEREBOULLET. Archives de médecine des enfants, nov. 1925, n. 11, t. XXVIII.
LISSER. Endocrinologie, nov. 1929, n. 6, vol. XIII.
LEGOBURN. Journal de Chirurgie, juin 1939, n. 6, t. XXXV.
MULLER. Bulletins des Chirurgiens, mai 1929, n. 8, t. XXI.
MURPHJ. The Journal of the Am. Mted. Ass., février 1925, n. 7, vol. XXXIV.
SAMBUC. Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indo-Chine, août 1926, n. 8, t. IV.
STAIGE DAVIS. Archives of Surgery, juillet 1930, n. 1, vol. XXI.
THOMSON. Hospitalstidende. Aut. 1927, n. 34, an. LXX.
TREVES. Bulletins des Chirurgiens de Paris, oct. 1928, n. 13, t. XX.
WECH. Bulletin of the Johns' Hopkins Hospital, fevr. 1927, n. 2, vol. XL.

EPIDEMIOLOGIA.

Un episodio epidemico di malaria.

Dott. GIUSEPPE GIACOMO DE MELGAZZI
Medico condotto a Robecco sul Naviglio.

Nel paese dove esercito, la malaria era praticamente scomparsa allorchè, nell'estate del 1927, cominciai a curare degli uomini malarici che mi risultarono esser tutti operai adibiti a lavori di sterro in una cava vicino a Milano, Tregarezzo di Lambrate.

I casi sono poi aumentati. Interessa rilevarne la distribuzione.

Robecco sul Naviglio si può dividere in due zone: una a destra del naviglio ed estendentesi fino al Ticino è ancora suddivisa in grandi proprietà lavorate da contadini che non abbandonano il paese essendo vincolati al lavoro della terra; l'altra, a sinistra del Naviglio, è spezzettata in numerose piccole proprietà lavorate da famiglie che mandano alcuni loro componenti a lavorare altrove, come braccianti, essendo esuberante la mano d'opera sui piccoli fondi.

Orbene, la prima zona (che pur comprende la vallata del Ticino coltivata in massima parte a risaia) ha dato solo due casi di malaria nel 1930. Invece la seconda zona, che costituisce la quinta parte della superficie totale del Comune, ha dato oltre duecento malarici. Il nesso mi sembra chiaro: la malaria è stata importata dai lavoratori i quali hanno lavorato nelle cave di Tregarezzo.

Questa zona assai ricca di acqua per le filtrazioni dell'aves del Canale Villoresi, ha dato origine ad una vera endemia. Esisteva un *anofelismo senza malaria,* ma difettava l'uomo malarico: oggi il binomio è completo e la malaria si estende. Se ne desume che la profilassi più efficace sarà sempre quella fatta sull'uomo: mettendolo in condizione di non ammalare, se sano, ed impedendogli di servire da veicolo, qualora ammalasse.

Lo specchio che segue riassume l'andamento della malaria in questi ultimi anni nella condotta, e credo sia abbastanza eloquente. Da notarsi che tutti gli operai che hanno la-

vorato nelle cave di Tregarezzo ammalarono. Nell'anno 1930 essi perdettero complessivamente circa cinquecento giornate lavorative, che sono gravate sul bilancio della Cassa Edile.

SPECCHIO DIMOSTRATIVO.

Anno	A destra del Naviglio		A sinistra del Naviglio		Casi fra gli operai
	Popolazione	Casi di malaria	Popolazione	Casi di malaria	
1926	3250	2	800	—	—
1927	»	—	»	—	12
1928	»	3	»	6	14
1929	»	2	»	50	18
1930	»	3	»	205	24

Per l'interpretazione di questo specchio, occorre tener presente che gli operai appartengono tutti alla popolazione a sinistra del Naviglio. Come controprova ho fatto la seguente osservazione: io sono medico anche del vicino comune di Cassinetta di Lugagnano, che presenta le stesse caratteristiche di terreno e di coltivazioni con Robecco. Ebbene, in Cassinetta, che non fornisce nessun lavoratore alle cave ricordate, non si è mai verificato un caso di malaria.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce un episodio epidemico di malaria nella sua condotta, ne desume che la profilassi più efficace va fatta sull'uomo.

INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE.

A. MONTI. *La malaria ed altri problemi sorti dalla guerra.* Ed. Hoepli, Milano, 1921.
B. GOSIO. *Guida alla lotta contro la malaria.* III ediz., 1926. Roma, Provveditorato generale dello Stato, Libreria.
A. MISSIROLI e L. W. HACKETT. *La regressione spontanea della malaria in alcune regioni italiane.* Rivista di malariologia, 2-1927.
E. BERTARELLI. *Documenti ed interpretazioni sull'anofelismo senza malaria e sulla regressione malarica.* Pensiero Medico, anno XVI, n. 24, 1927.
G. DE MELGAZZI. *In tema di profilassi antimalarica.* Ibid., fasc. 34, dicembre 1927.

NOTE DI TECNICA

Istituto di Clinica Chirurgica della R. Università di Roma.
Direttore: prof. R. ALESSANDRI

Una pratica modificazione nella tecnica dei tracciati

per GIUSEPPE LA CAVA, allievo interno.

I mezzi finora usati per riportare sulla carta i diagrammi del respiro, del polso, ecc. non sono nè semplici nè pratici. Si usa a questo scopo o la carta affumicata, la cui preparazione è noiosa, che sporca facilmente e che richiede, dopo usata, un trattamento di fissazione, oppure il calamo scrivente con inchiostro di anilina, metodo anche questo non dei più pratici: e lo sanno i principianti, che alla fine si trovano con le dita e il camice imbrattati d'inchiostro e con la carta del tracciato tutta macchiata; a parte la necessità di lavare in vari liquidi il calamo usato affinchè possa servire anche per le volte successive.

È tutta questa serie di noiosi inconvenienti che, nel corso di alcune ricerche sul metabolismo basale durante la narcosi avertinica mi spinse ad adottare un metodo praticissimo nella sua estrema semplicità e che, per gli ottimi risultati ottenuti, credo degno di comunicazione.

Si tratta di sostituire al calamo scrivente una puntina bene affilata di lapis copiativo e di bagnare la carta applicata sul cilindro ruotante. Praticamente si può procedere in questo modo: in un piccolo cilindro di sughero si infigge una comune puntina di lapis copiativo, in modo che la punta affilata di questo sporga al di fuori. Il sughero si inserisce poi nella morsetta dell'asta scrivente. La carta, dopo di essere stata applicata bene aderente al cilindro ruotante, viene bagnata con una spugna imbevuta d'acqua, in modo che la carta stessa se ne imbeva. Operando così basta che fra cilindro e punta del lapis vi sia un contatto minimo perchè sulla carta appaia una grafica chiarissima ed indelebile. Se nel frattempo la carta si asciugasse e il lapis non scrivesse quindi più, basta bagnare di nuovo la carta *in situ* con un piccolo pennello.

Il metodo, come si vede, è di una semplicità estrema, ed ha il vantaggio, su quelli finora in uso, di essere di facilissimo maneggio e di ancor più facile preparazione. Dà inoltre risultati più precisi in quanto che il contatto fra carta e punta scrivente essendo minimo, sono minime anche le resistenze che incontra l'asta scrivente e quindi maggiore la sensibilità dell'apparecchio.

SUNTI E RASSEGNE.

ORGANI GENITALI MASCHILI.

La patologia e il trattamento del varicocele: un nuovo procedimento operatorio.

(T. Warwick. *The Lancet*, 7 marzo 1931).

La possibilità di curare le vene varicose degli arti inferiori per mezzo di iniezioni, ha fatto pensare all'eventuale trattamento del varicocele con lo stesso metodo.

I risultati che si erano sinora ottenuti col trattamento chirurgico non possono dirsi molto soddisfacenti: in una buona parte dei malati, anche dopo l'intervento, i disturbi persistono e le condizioni anatomiche locali non sono molto migliorate. E forse la ragione di questi insuccessi è da ricercare nelle insufficienti cognizioni sulla patogenesi del varicocele. Nei trattati i punti discussi nella etiologia di questo disturbo sono che il testicolo sinistro è generalmente più basso del destro e che quindi la colonna di sangue nella vena spermatica sinistra è più alta; che la vena spermatica sinistra si getta ad angolo nella vena renale quindi vi è maggiore ostruzione, e che infine la circolazione venosa è ulteriormente difficoltata per la pressione esercitata sulla vena dal colon, specialmente negli individui costipati.

Le vene spermatiche di ciascun lato nascono dal testicolo, dall'epididimo e dal plesso pampiniforme. Il plesso da parte del cordone spermatico consiste di 8-10 vene, la maggior parte delle quali giace nel canale inguinale dove si risolve in 2 o 3 tronchi principali, uno posteriore al cordone e due anteriori. Questi si riuniscono a breve distanza dall'anello inguinale per formare la vena spermatica che ascende con la corrispondente arteria spermatica. L'importanza dell'esistenza o meno di valvole nel plesso è evidente, perchè se il riflusso delle vene addominali e profondo è la causa delle varici degli arti inferiori sorge la questione se sia la stessa causa a produrre il varicocele.

Esperienze fatte sul cadavere hanno dimostrato che normalmente l'ingresso della vena spermatica è fornito di valvole e che non vi è possibilità di riflusso dalla vena cava. D'altra parte, l'iniezione di liquido nella vena stessa al disotto della valvola riempie tutta la vena e il plesso pampiniforme.

Quando vi è varicocele la valvola terminale della vena spermatica è insufficiente e tutto il plesso pampiniforme può essere iniettato dalla vena cava. Questi risultati fanno pensare che la causa del varicocele sia l'insufficienza della valvola terminale della vena spermatica e il reflusso della vena cava.

E qui sorge la questione importante, dal punto di vista terapeutico, se le vene del plesso pampiniforme siano o no provviste di valvole, le quali dovrebbero servire a limitare questo reflusso.

Lo studio fatto su cadaveri ha mostrato che dei 3 tronchi venosi del plesso, 1 posteriore e 2 anteriori, il posteriore ha una valvola vicino alla sua terminazione mentre i due anteriori ne hanno altre più in basso. Queste valvole sono rese inutili dalle libere comunicazioni che vi sono fra i vari tronchi del plesso, attraverso cui il sangue può scorrere liberamente in senso retrogrado per aumento della pressione addominale.

È chiaro quindi che tanto l'iniezione che il comune trattamento chirurgico non siano i mezzi più logici di trattamento del varicocele: trattamento logico è invece un'operazione nella quale i tronchi del plesso siano accuratamente esplorati ed in cui si escidano le comunicazioni venose prive di valvole.

È questa l'operazione che l'A. raccomanda: Aperto il canale inguinale i tronchi venosi vengono accuratamente seguiti dall'alto in basso. Quelli privi di valvole vengono escissi.

Le valvole si riconoscono come dilatazioni del tronco venoso e dall'assenza di riflusso se svuotate verso il basso.

La dissezione del plesso è continuata con lo stesso sistema in basso e la maggior parte della porzione inferiore viene escissa.

La legatura in massa non è necessaria perchè può includere elementi arteriosi e nervosi.

Se non si riesce a trovare valvole sufficienti, questo procedimento che è più tedioso di quello comunemente usato, ma anche molto più logico, non può essere applicato.

G. La Cava.

Sulle neoplasie maligne primitive dei testicoli ectopici.

(Z. Romiti. *Arch. Ital. di Urologia*, Vol VII, fasc. II, 1930).

È noto che l'organo indisceso diventa sede di neoplasmi maligni primitivi, forse perchè spesso con l'anomala migrazione coesistono alterazioni strutturali da arresto di sviluppo o presenza di formazioni embrionarie indifferenziate che possono rappresentare il punto di partenza della trasformazione blastomatosa.

L'Autore riporta su 40 tumori maligni del testicolo occorsi alla loro osservazione (dal 1920 al 28) 6 casi di neoplasie maligne in testicoli ectopici. I casi studiati dall'A. si possono riportare dal lato istologico a 2 tipi principali che più di frequente colpiscono l'organo.

Un primo gruppo (osservazioni 1ª, 4ª, 5ª) presentava un tessuto fondamentale di cellule rotonde di grandezza varia, di aspetto epiteliale, con scarso protosplasma, poco

colorabile, con fini granuli e nucleo voluminoso, rotondo od ovalare, con reticolo cromatico ben evidente. Fra tali elementi se ne notano altri più grandi, con nucleo vescicoloso, meno colorato e con protoplasma diviso in una zona molto chiara perinucleare ed una più addensata periferica. Lo stroma è dato da fasci stipati di connettivo con infiltrazione linfocitaria.

Un secondo gruppo (osserv. 2ª, 3ª e 6ª) presentava la costituzione di tumori misti complessi con tessuti di tipo embrionale (dei tre foglietti blastodermici), con parti solide e cistiche in varie proporzioni.

Nei casi del primo gruppo è stata fatta diagnosi di epitelioma seminifero o seminoma di Chevassu, originato dalla proliferazione anaplastica dell'epitelio seminale.

Per la patogenesi l'A. ricorda le varie teorie: Teoria epiteliale connettivale; ma ritiene più verosimile la teoria epiteliale.

Con Gioia ammette la genesi diretta del tumore a grandi cellule dagli elementi della linea seminale. Nei casi del secondo gruppo è stata fatta diagnosi di embrioidi o teratoidi (Wilms). Questi ultimi fan parte dei neoplasmi eterotipici del testicolo per la cui origine molto discussa pare più seducente la teoria blastomerica di Bonnet (Teoria teratoidea: Ribbert-Roncali-Ewing).

Tra le neoplasie testicolari, frequenti nell'età giovanile e medie, il carcinoma seminifero costituisce il 51 % e l'embrioide il 46 % dei casi. L'organo in ectopia o inguinale o addominale, per la sua costituzione embrionaria ipoplastica patologica è, più del normale, incline alla degenerazione neoplastica.

La sintomatologia è scarsa. Ulteriormente si hanno sintomi di dislocazioni o compressioni su tratti di intestini, sulle vene iliache o sull'uretere o sulla vescica. Il diagnostico riposa:

a) sulla percezione del tumore di forma rotondeggiante od ovoidale, superficie regolare, durezza modica, spostabile;

b) sull'assenza dell'organo nello scroto o nel canale inguinale. La diagnosi è difficilissima nelle ermafroditi antroginoidi.

La prognosi è grave per la tardività della diagnosi.

L'intervento dà vantaggi molto discutibili e problematici; sono più utili gli agenti fisici. Anche il condurre preventivamente e cruentemente l'organo nello scroto non dà sufficiente sicurezza. SCANDURRA.

L'epididimite colibacillare.

(M. NEGRO. *Minerva Medica*, 3 marzo 1931).

Data l'enorme frequenza delle epididimiti gonococciche e tubercolari, l'epididimite colibacillare viene spesso catalogata fra queste o quelle. Dal punto di vista clinico e terapeutico, l'interesse che può rivestire questa forma è minimo. Altrimenti è nei riguardi della etiologia e della patogenesi.

La maggior parte dei casi di epididimite colibacillare descritti sono consecutivi a blenorragia. Sappiamo, specie dopo i lavori di Lavenant, che in dette forme il colibacillo e non il gonococco è nella maggior parte dei casi l'agente principale dell'infezione. L'epididimo sarebbe molto più ricettivo per il coli che non per il gonococco ed il gonococco avrebbe, secondo diversi AA., la sola azione di preparare il campo all'invasione e all'attecchimento del coli.

Molto più rare sono invece le infezioni dell'epididimo da coli non conseguenti a blenorragia. Si tratta però quasi sempre di infezioni secondarie ad altre localizzazioni dello stesso germe e quasi sempre tali localizzazioni sono nei reni o nei bacinetti.

L'A. ha osservato due casi di epididimiti colibacillari non conseguenti a blenorragia. In un primo caso esisteva una pielo-nefrite cronica bilaterale da colibacillo puro. Nel secondo caso non esisteva alcun focolaio pielo-renale, quindi l'infezione dell'epididimo sembrava primitiva. Se per il primo caso la via seguita dal germe è palese (sia deferenziale e canalicolare), non così è per il secondo. Quest'ultimo presentava una stipsi cronica aggravantesi di tanto in tanto con disturbi enterici febbrili. Ammettendo che il coli sia partito dall'intestino, due vie si può supporre che abbia seguito per raggiungere l'epididimo: 1) ancora la via deferenziale, nel corso di una colibacilluria transitoria consecutiva ai fenomeni enterici; 2) la via ematogena.

La prognosi dell'epididimite colibacillare è assolutamente benigna. Curata con i soliti mezzi antiflogistici, ha un decorso variante dai 15 20 giorni. Essa differisce dalle forme postblenorragiche nei riguardi della bilateralità e della tendenza alle recidive. Mentre le forme post-blenorragiche, una volta guarito e spento il focolaio uretrale, se non interviene una nuova infezione dell'uretra, non recidivano, per le forme colibacillari la recidiva è frequente. Non solo, ma l'infezione può localizzarsi alternativamente nei due epididimi. Raramente però i due epididimi sono lesi contemporaneamente. La frequenza delle recidive si spiega considerando che l'epididimite colibacillare è un'affezione secondaria.

La recidiva e la bilateralità dell'infezione possono avere per conseguenza la sterilità assoluta.

Un altro punto di discordanza con le altre forme di epididimite è dato dall'assenza quasi assoluta di postumi o reliquati anatomici. L'epididimo guarito si presenta, al più accurato esame obiettivo, normale, e così il deferente.

Nei riguardi della terapia, nella maggior parte dei casi si hanno ottimi risultati coi comuni mezzi antiflogistici. Oggi poi gli stoc-

vaccini anticolibacillari, gli autovaccini ed il batteriofago di d'Erelle costituiscono efficasi complementi. Nei casi di frequenti recidive, l'unico e radicale mezzo terapeutico è la legatura e la sezione dei dotti deferenti.

C. TOSCANO.

Seminoma e ginecomastia.

(L. SAS, M. D. *The British Journal of Urology*, n. 1, marzo 1931, vol. III).

L'A. classifica i carcinomi del testicolo dal punto di vista morfologico in 3 gruppi:

1) Carcinomi con la struttura alveolare derivati dall'epitelio germinale dei tubuli seminiferi o dai resti dei tubi di Pflüger.

2) Carcinomi tubulari o adenocarcinomi che possono derivare dall'epitelio glandolare dei tubuli retti testicolari o dai resti del dotto di Wolff.

3) Tumori che si originano dalle cellule interstiziali.

L'A. riporta un caso di un giovane di 24 a. capitato alla sua osservazione in Clinica Chirurgica. Si trattava di un giovane poco sviluppato e denutrito entrato in clinica una prima volta il 3 giugno 1927, accusando da circa 1 mese modico dolore agli ipocondri, massimamente a destra. Da circa una settimana il dolore si era accentuato irradiandosi verso la reg. del rene di d. e lungo il cordone spermatico. Lieve elevazione di temperatura. Il testicolo e l'epididimo di d. si presentavano più alti (nel terzo sup. dello scroto). Il paz. dichiarò che questo spostamento datava dalla sua nascita.

L'esame urologico e radiologico dei reni furono negativi. L'esame chimico e radioscopico del tubo gastroenterico fece fare diagnosi di perigastrite e appendicite cronica. Venne operato di appendicectomia. Uscì guarito dopo 6 giorni.

Però, dopo 1 mese e mezzo dall'operazione, l'infermo si ripresentò in istato di avanzato dimagramento con tinta itterica su tutta la pelle. Si constatò l'aumento di volume del testicolo di D. (quanto un uovo di gallina), e la presenza di vivo dolore al tronco, nella reg. dell'anca d. con irradiazioni lungo il cordone spermatico.

Si fece diagnosi di tumore del testicolo. L'epididimo era ispessito uniformemente, mentre il cordone spermatico sembrava normale. Non ingorgo dei gangli linfatici inguinali. Nelle regioni mammarie, sotto ciascun capezzolo si constatò la presenza di una tumefazione della grandezza di una noce di Sorrento che si continuava con l'areola, mobile sul piano profondo; colla pressione si determinò la fuoriuscita dal capezzolo di alcune gocce di una secrezione bianca sierosa. Si trattava di un raro fenomeno, della coesistenza di un tumore del testicolo con ginecomastia.

Venne eseguita l'operazione consistente nell'emicastrazione di destra.

Poco tempo dopo però si sono ripresentati dolori molto forti a tipo puntorio, a crampi, irradiantisi lungo gli arti inf. Uscito dalla clinica il paziente morì dopo 2 mesi in preda a forte cachessia. Non venne eseguita autopsia.

L'esame macroscopico e microscopico del pezzo confermò la diagnosi di seminoma atipico.

L'A. descrive minutamente il quadro istologico del pezzo. Ricorda che la forma istologica tipica del seminoma è caratterizzata dall'ordinamento alveolare delle cellule tumorali. La loro diffusione può avvenire per via extra ed intracanalicolare, essendo dovuta piuttosto ad espansione anzichè ad infiltrazione.

Il caso di seminoma con ginecomastia descritto dall'A. si può dire che sia unico nella letteratura. Vi è un altro caso descritto da Monaschkin, però si trattava di un neoplasma testicolare a tipo benigno.

Nel caso dell'A. la comparsa della ginecomastia può esere spiegata dalle condizioni speciali di sviluppo degli organi della generazione. È ben conosciuto che le cellule sessuali rudimentali del sesso contrario possono anche essere trovate nelle glandole, nella vita extrauterina. Così le glandole sessuali maschili contengono cellule ovariche, le quali come si sa scompaiono presto, ma qualche volta possono persistere a lungo. Balbiani potè confermare questa evenienza nei tubuli retti e nell'ilo del testicolo fino all'età pubere. Poichè nel caso dell'A. il tumore derivava da un testicolo insufficientemente sviluppato, si può supporre che quest'ultimo contenesse un numero maggiore di cellule, l'ormone delle quali inibiva lo sviluppo e l'accrescimento del testicolo. Si può supporre che queste erano coinvolte nello sviluppo del tumore e che la ginecomastia ebbe origine mediante l'effetto stimolante dell'ormone secreto in grande quantità. Questa ipotesi verrebbe confermata dal fatto che il tumore si era originato dal corpo d'Higmoro, dove le cellule a tipo femminile si trovano in maggior numero.

SCANDURRA.

STATI ASMATICI.

Studio citologico, chimico e batteriologico dell'espettorato degli asmatici.

(E. GIANI e G. TORELLI. *Diagnostica e Tecnica di laboratorio*, dicembre 1930).

La diagnosi di asma bronchiale e di stato asmatico può essere fatta anche senza l'aiuto del laboratorio, ma l'espettorato merita di essere studiato con cura, potendo fornire dati veramente utili nella diagnosi differenziale tra l'asma bronchiale ed i suoi equivalenti da una parte e forme pseudo-asmatiche dall'altra.

I metodi proposti per l'esame dell'espettorato sono vari e numerosi, ma non hanno dal lato pratico che un'interesse ristretto. Occorre dunque fra essi scegliere quelli che hanno un valore diagnostico certo.

Macroscopicamente, tra le più importanti proprietà generali e fisiche dello sputo, si devono osservare la quantità, il colore, la consistenza ed il tempo di emissione.

Per l'esame microscopico, gli sputi vanno esaminati possibilmente lo stesso giorno della raccolta per evitare alterazioni degli elementi. Lo sputo si versa su una capsula di Petri e lo si esamina su fondo nero in modo da prelevare con l'ansa di platino le masse opaline o i blocchetti biancastri che vengono strisciati su porta-oggetti ed esaminati a fresco o dopo colorazione.

La presenza di muco jalino è la più frequente nello sputo asmatico; se si notano blocchetti di muco spesso, è bene pensare all'asma complicato con bronchite catarrale. Il muco fibrillare è piuttosto raro nell'espettorato asmatico. Circa le spirali di Curschmann, gli AA., confermando quanto è stato trovato dagli osservatori, credono che ben poca importanza si debba ad esse attribuire come elemento diagnostico nell'asma bronchiale. Esse si trovano frequentemente negli sputi grigiastri, spumosi, di consistenza vischiosa dei bronchitici cronici. Nell'espettorato dell'asma genuino è raro l'essudato siero-albuminoso; esso si trova spesso nel secreto bronchiale di asmatici con insufficienza cardio-renale.

La presenza di cellule tracheo-bronchiali e di cellule epiteliali degli alveoli polmonari non ha particolare significato patologico. I leucociti nell'asma bronchiale genuino si trovano generalmente ben conservati, nell'asma complicato con enfisema sono più facilmente in via di degenerazione. Fra i leucociti gli eosinofili costituiscono l'elemento più importante e caratteristico dello sputo asmatico. L'eosinofilia nell'escreato è indice di stato asmatico e permette di escludere la dispnea asmatiforme dei cardiaci e dei cardio-renali. Essa però deve essere abbastanza considerevole. Gli AA. ritengono positivi solo quei casi nei quali le cellule eosinofile raggiungono almeno il 10 %. I cristalli di Charcot-Leyden hanno scarso valore clinico.

Circa le ricerche chimiche esse hanno valore limitato. Importante è la ricerca dei microrganismi presenti nell'espettorato degli asmatici, potendo l'asma essere provocato dall'assorbimento intermittente dei prodotti batterici a livello dell'albero bronchiale. L'esame batteriologico dello sputo comprende l'esame diretto, la cultura e l'inoculazione degli animali.

L'esame diretto, eseguito in sputo prelevato di preferenza al mattino, previa disinfezione della bocca con acqua ossigenata seguita da risciacquatura con acqua tiepida, permette di sapere se si tratta di una infezione polimicrobica o di una infezione dovuta a una o due specie nettamente predominanti sulle altre. La cultura e l'isolamento del germe hanno per scopo, non solo la diagnosi specifica, ma anche la preparazione di vaccini autogeni per la terapia specifica.

Indicata è sempre la ricerca dei miceti, che possono essere agenti di asma bronchiale, specie in quegli individui che, per la loro professione, sono esposti alle inalazioni di polveri ricche di miceti (mugnai, panettieri, agricoltori, operai addetti ai silos) o che hanno l'abitudine, come gli allevatori di piccioni, di tenere in bocca grani di cereali.

C. TOSCANO.

I principii fisiologici nel trattamento dell'asma.

(R. I. S. MEDOWALL. *The Practitioner*, maggio 1931).

L'A. nel suo articolo espone i principi fisiologici che debbono guidare nel trattamento razionale dell'asma.

Come si sa la cura dell'asma si riassume nel trattamento dell'attacco e nella sua prevenzione. I farmaci più usati, per la cura dell'attacco, sono l'adrenalina che agisce dilatando i bronchi attraverso l'eccitamento del simpatico, e l'atropina che esplica la sua azione attraverso la paralisi del vago e che è indicata nei casi in cui lo stimolo sorge nel tratto più elevato dell'apparato respiratorio o ha origine psichica. Azione analoga all'adrenalina hanno le frizioni energiche della cute con acqua fredda e l'asfissia provocata, invitando il paziente a tenere il capo sotto le coperte.

L'inalazione di gas carbonico diluito per quanto efficace è di evidente difficile applicazione.

L'uso delle foglie di stramonio, che agiscono per l'atropina in esse contenuta, diventa a lungo andare piuttosto nocivo perchè lascia i bronchi più sensibili di prima.

La prevenzione dell'attacco si ottiene mediante un regolare esercizio e la stimolazione meccanica ed elettrica della pelle.

Speciale attenzione dev'esser fatta alla dieta, potendo l'asma esser realizzato dall'ingresso attraverso il tubo digerente di proteine estranee.

È anche da bandire un eccesso di carboidrati i quali, per la loro tendenza a fermentare, stimolano, in via riflessa, il vago.

Il pasto della sera non deve esser fatto a tarda ora ed è pure indicato un giorno di digiuno alla settimana per il fatto, sperimentalmente provato, che l'aumentata concentrazione degli ioni idrogeno dilata i bronchi e

che le sostanze (cloruro di ammonio, aspirina) tendenti, come nella fame, a produrre acidosi, agiscono utilmente sullo spasmo dei bronchi.

Rimuovere le possibili anormalità nasali è anche utile, quando queste esistono. Ma sembra che l'efficacia del trattamento nasale sia da attribuirsi piuttosto all'eccitamento portato sul simpatico dal danno prodotto ai tessuti e dallo stimolo sensoriale.

La recente scoperta di Knott sulla presenza nel tratto respiratorio di un batterio capace di produrre una sostanza simile all'istamina, ha richiamato l'attenzione sull'importanza delle bronchiti, quando si presentano come lesione primaria.

La desensibilizzazione con piccole dosi delle sostanze trovate nocive, mediante la cutireazione, o con grandi dosi delle stesse sostanze, durante l'azione dell'adrenalina, è, nei casi adatti, di grandissima efficacia.

Aiutare la secrezione gastrica con acido cloridrico e pepsina è stato trovato efficace nei bambini. Quando il polso è insolitamente lento e la pelle è secca, l'estratto di tiroide è indicato e, nei casi meno gravi, anche lo jodio, il quale senza dubbio agisce stimolando la tiroide.

Gli attacchi possono anche essere combattuti con l'efedrina, che agisce come l'adrenalina e che può esser data per bocca. Ma questa terapia ha lo svantaggio di essere talvolta inefficace, a meno che non la si adoperi in dosi massive, ciò che non è senza danno per la digestione. Dopo l'uso dell'efedrina, l'adrenalina inoltre rimane senza effetto.

Poichè sperimentalmente è possibile provocare una costrizione dei bronchi, attraverso l'aumento del calcio nel sangue o con la riduzione dei sali di potassio è indicato nell'asma un tentativo di cura con sali di potassio.

Vi sono anche molte prove sperimentali che depongono in favore dell'uso di piccole dosi di pilocarpina, come desensibilizzante.

Nella cura dell'asma è infine da prendersi in considerazione il fattore psichico.

M. TRIPODI.

Patogenesi e terapia dell'asma senile.

(A. MULLER-DEHAM. *Wiener Klinische Wochenschrift*, n. 42, 1930).

La dispnea è uno dei più frequenti disturbi della vecchiaia. Causa di questa dispnea dei vecchi non sono di solito affezioni dell'apparato circolatorio, bensì l'asma bronchiale e l'enfisema che vi si associa. Conseguenza dell'enfisema sono di solito una bronchite cronica, e una ipertrofia e dilatazione del ventricolo destro. Quando il cuore diventa insufficiente si ha scarsa tendenza alla stasi epatica e agli edemi; l'insufficienza si manifesta spesso improvvisamente accompagnata da cianosi imponente, come nell'embolia polmonare. La dispnea è per lo più accessuale, o almeno si esagera accessualmente. Gli accessi sono del tutto eguali a quelli dell'asma bronchiale. Essi si hanno per lo più di notte e nelle prime ore del mattino. L'accesso si calma rapidamente con l'adrenalina, l'asmolisina, l'efedrina: non sono da temersi azioni nocive dell'adrenalina neppure nei vecchi, alcuni pazienti hanno avuto centinaia di iniezioni di adrenalina senza che nè clinicamente nè anatomo-patologicamente si sia potuta constatare alcuna azione dannosa sui vasi. È meno consigliabile l'atropina per i molesti fenomeni secondari che essa può provocare nei vecchi.

Nei casi non molto gravi si ottengono ottimi risultati con la somministrazione orale di efedrina ed efetonina. Il rimedio principale è il jodio che si deve dare per lungo tempo: 3 cucchiaini da caffè o da tavola di soluzione di ioduro di potassio, 1,5:180, per periodi di 3-5 settimane.

Naturalmente si devono sorvegliare le condizioni del paziente, specialmente il peso, il polso, il comportamento psichico; ben sopportata è specialmente la combinazione del iodio con l'arsenico. In 13 casi di asma senile vennero eseguite cutireazioni con diversi allergeni animali e vegetali: in tutti i casi si potè constatare una spiccata ipersensibilità verso gli allergeni derivati dai microbi dello sputo e da muffe. Però anche i casi di controllo dimostrarono una alta ipersensibilità verso questi allergeni, non è perciò lecito considerare tale reazione allergica causa dell'asma senile. La cura con i vecchi allergeni determinò un notevole miglioramento in molti casi, è però dubbio se tale reazione sia specifica oppure aspecifica.

R. POLLITZER.

NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE.

Dott. G. SANVENERO-ROSSELLI. *Chirurgia plastica del naso*. Vol. di pagg. XII-196 con 286 figure e 5 tavole fuori testo. Casa Editrice L. Pozzi, Roma. Prezzo L. 40.

La plastica della faccia e del collo se, più di ogni altra branca della chirurgia, ha attirato lo studio e le cure in ogni tempo per parte di eccelsi studiosi e di chirurgi di grande fama, ha dovuto attendere fin presso i tempi nostri per avere opere che, riassumendo i tentativi ed i progressi tecnici del passato, ci danno, con un armonico e completo riassunto, il portato di moderni contributi che toccano quasi la desiderata perfezione nei risultati che si sono andati e che si vanno raccogliendo.

Questo generico rilievo è tanto più importante se rapportato al nostro Paese, perchè da Leonardo da Vinci a tutti i grandi artisti del pennello e dello scalpello che lo seguirono, fu una gara mirabile per portar in onore la bellezza del volto e del capo, per sublimarla, e per stimolare di conseguenza l'ingegno degli anatomici per studiarla, e dei chirurgi per ricorrere alle necessarie riparazioni quando la linea del volto venisse comunque turbata od alterata.

È una scienza a sè l'antropometria del naso e del volto che ha i primi suoi rilievi e germi lontano nella storia; come è scienza a sè quanto si è andato accumulando da Ippocrate, da Lanfranco di Milano (1295), dal Tagliacozzi (1597) e da altri giù giù fino ai nostri tempi nel campo delle riparazioni e delle ricostruzioni di lesioni e di mancanze del naso, di parti di questo o della faccia.

Sono scienze però queste che si ritrovano ancora sparse nei loro componenti nel vastissimo campo delle nostre discipline e che cercavano e cercano autori degni e preparati per raccoglier questi componenti e per armonicamente disciplinarli ai fini altissimi che la scienza stessa si prefigge.

Per quanto concerne la parte chirurgica, oggettivamente e serenamente considerando, non avevano fino a questi giorni trovato l'Autore preparato per raccogliere almeno una parte, e la più importante, dei componenti di cui fu diciamo dispersi qua e là. L'Autore lo ha trovato il prof. Bilancioni nella persona del dott. Gustavo Sanvenero-Rosselli, giovane studioso, intelligente, dinamico e passionato degli studi chirurgici, giovane che, non solo ha raccolto quanto era sparso, ma ha voluto vedere e studiare in tutti i centri del Mondo dove la chirurgia plastica viene coltivata e perfezionata con amore, con metodo e con mezzi larghissimi.

L'opera che vede la luce nella collana « Valsalva » in questi giorni è la prova luminosa di quanto diciamo: il Bilancioni, da scienziato autentico quale è, pubblicando il lavoro del Sanvenero-Rosselli risponde invero allo spirito della sua collana « Valsalva » che è quello di dare pubblicità nel campo alto degli studiosi e dei tecnici di quanto può dare contributi serii e fattivi per le nostre discipline.

Il Sanvenero per ora sulla sola « chirurgia plastica del naso » ci dà un volume di 200 pagine, con 300 figure circa e 5 tavole fuori testo; volume nel quale tratta di tecnica chirurgica e di clinica delle malformazioni e mutilazioni del naso esterno con una esposizione nitidissima della materia corrispondente nella quale esperienza, buon senso chirurgico, senso artistico, esattezza si intrecciano per darci la più lucida conoscenza di questi nuovi campi chirurgici che esigono il maggiore affinamento culturale e tecnico.

Con un proemio sulla anatomia architettonica del naso illustrato da belle figure originali, si passa alle analisi delle deformità nasali, che chiude colla distinzione degli interventi per porvi riparo in interventi *rino-orto-plastici* e *rino-neo-plastici*, nonchè alla presentazione dello speciale strumentario nel quale figurano interessanti modifiche e nuovi strumenti dell'Autore.

Anestesia, incisioni, suture e loro materiali, preparazione delle parti operande e medicazioni, i postumi operatorii e le complicazioni, hanno capitoli distinti del più grande interesse. Ma la parte che è veramente nuova, e resa armonicamente ed efficacemente, è quella relativa ai *lembi*, ai *trapianti* ed agli *innesti;* quei trasferimenti di tessuti, da una parte sana od una alterata per colmarne le perdite di sostanza, hanno una descrizione così chiara e sistematica da ricordare le più chiare dissertazioni od illustrazioni tecniche dei nostri sommi. Così esprimendoci non riteniamo di eccedere nelle impressioni avute dalla lettura dell'opera e nel giudizio che ce ne siamo formati!

L'armatura dei lembi rinoplastici e la sostituzione di parti perdute dello scheletro nasale costituivano un tempo un ostacolo pressochè insormontabile pel progresso della chirurgia plastica del naso; ma l'ostacolo è sormontato, come illustra il Sanvenero, cogli *innesti di osso e di cartilagine* che la tecnica più scrupolosa fa vivere sicuramente dopo l'isolamento dal corpo d'onde viene prelevato per le volute riparazioni e pei completamenti richiesti.

È veramente interessante la distinzione fatta degli interventi *rino-orto-plastici* da quelli *rino-neo-plastici* perchè l'autore, ordinando tutta la materia nota della chirurgia plastica nasale, classifica gli interventi nel rapporto delle lesioni o mancanze da riparare, facilitando all'occorrenza la fusione di due o più di quelli pel raggiungimento dei migliori risultati operativi e quindi estetici.

E l'Autore, con questo fondamento scientifico e tecnico, precisato egregiamente in appo-

siti capitoli, dà in due parti distinte rispettivamente un gruppo di « *situazioni tipiche* », come lui le chiama, cioè di casi tipici di lesioni ai quali fa corrispondere tipici interventi, riescendo così ad una ben notevole chiarezza di esposizione e di illustrazione.

Queste « situazioni tipiche » sono raggruppate in capitoli che riassumono le *deformità per eccesso* (nelle porzioni ossee, cartilaginee, nel naso largo, nella ipertrofia globale del naso); le *deformità per insufficienza* (naso a sella, collasso delle ali); *le deformità per spostamento* (osseo e cartilagineo; le *deformità nasali complicanti il naso leporino* ecc.

Nella parte che riguarda gl'interventi rino-neo-plastici una larga porzione è data alla analisi della deformità e mutilazione (mucosa, scheletro, tegumenti) ed alla considerazione di quanto del naso esistente può essere utilizzato pel successo riparatore migliore; è un capitolo questo dove l'A. manifesta un grande acume clinico e tecnico ed una preparazione chirurgica distinta. Seguono poi capitoli speciali pei varii metodi rispondenti teoricamente ai diversi rifacimenti parziali (lobulo, pinna, sottosetto) *e quasi totali o totali.*

Per quanto concerne i rifacimenti sono illustrati il metodo indiano e quello italiano.

Il metodo indiano risale ad 800 anni avanti Cristo e quello italiano vi apporta un sentito perfezionamento estetico, evitando la lesione frontale per la incisione del lembo necessario al rifacimento: è il Tagliacozzi (1597) che col lembo brachiale risolve la questione e porta indubbiamente un interessante contributo in questo campo tecnico.

Certo è che negli interventi rino-neo-plastici è richiesta una altissima dose di studio paziente, di abilità tecnica, di buon senso e di tenacia da sembrare talvolta superiore alle umane possibilità. L'Autore dell'opera dimostra tutto ciò e prova il suo ardimentoso lavoro ed i successi da lui ottenuti con nitide figure che sorprendono chi considera e suscitano una vera ammirazione; e si comprende come gli appassionati di questo campo chirurgico lo elevino a disciplina speciale e lo trovino degno di essere coltivato come disciplina a sè stante, che, in modo completo, consideri e risolva tutti i problemi di plastica del corpo umano.

E noi auguriamo che questa aspirazione arrivi al risultato anche ufficiale verso cui tende con tanta animosità, cultura e perizia; e troviamo di essere riconoscenti al giovane e distinto dottor Sanvenero-Rosselli per l'opera nobilissima di italianità che ha compiuto tanto brillantemente ed al professor Bilancioni di averla determinata e messa nel dovuto onore col bel numero della sua Collana « Valsalva » che ha appena veduto la luce!

Prof. T. DELLA-VEDOVA.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

G. MATTEUCCI. *Elioterapia artificiale.* Manuali Hoepli. Vol. di pag. 630 con 27 fig., 1931. Lire 36.

Una prefazione del Baglioni presenta ai lettori questo nuovo manuale della Collezione Hoepli nel quale non solo è raccolta tutta la vasta letteratura sull'argomento, ma sono aggiornati — in base all'esperienza dell'A. — tutti i vari problemi di fotofisica, fotobiologia, fototecnica e fototerapia.

La prima parte riguarda infatti la fotofisica (meccanismo della luce, spettro solare, fosforescenza e fluorescenza, luce di Wood, rapporti delle varie radiazioni fra loro); la seconda parte riguarda la fotobiologia (azione dei raggi calorifici, azione della luce colorata, azione dei raggi ultravioletti, l'energia nervosa considerata come radiazione); la parte terza riguarda la fototecnica (misurazione e dosimetria dei raggi ultravioletti; produzione artificiale di ultravioletti; le lampade bianche; la luce concentrata, le lampade termiche, la tecnica della radiazione, i pericoli dei raggi ultravioletti).

L'ultima parte del libro riguarda la fototerapia e le sue applicazioni nei vari campi della medicina; pediatria, medicina interna, dermatologia, venereologia e sifilografia, oculistica, otorinolaringoiatria, stomatologia, ginecologia. La parte clinica è svolta ampiamente e occupa quasi la metà del manuale.

E. MILANI.

E. MILANI. *Biologia e patologia delle radiazioni. Reazioni ed alterazioni della pelle.* Vol. in 16° di pagg. 85. Donnini, Perugia, 1931.

E' un interessantissima monografia, nella quale l'A. dopo aver esposti i concetti fondamentali sulle radiazioni, sulle sorgenti di esse, sulla costituzione e sui metodi di esame della pelle, indica i diversi modi con i quali la pelle può reagire di fronte alle diverse qualità di radiazioni. Tratta quindi della pigmentazione, della sensibilizzazione, della idiosincrasia, della sinergia e dell'antagonismo delle radiazioni.

Altri capitoli sono destinati alla questione della latenza delle reazioni cutanee alle radiazioni, all'influenza delle radiazioni sulle funzioni della pelle, alle malattie dovute alla luce, alle indicazioni delle varie radiazioni nelle malattie della pelle.

Un interessantissimo capitolo sul meccanismo di azione delle radiazioni, completa questo bel volumetto d'indiscussa utilità sia agli specialisti che ai medici pratici.

A. P.

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

Eisler e Kopstein. *Röntgendiagnostik der Gallenblase. Radiologische Praktike*, Bd. XVII. Vol. di pag. 153, con 151 figure. Edit. G. Thieme, Lipsia, 1931.

Questa monografia oltre ad essere una rassegna sintetica di quanto riguarda lo studio radiologico della cistifellea è ricca di nozioni e dettagli di tecnica e presenta un particolare interesse per lo studio critico dei risultati della colecistografia e della interpretazione dei reperti.

Il libro è ricco di figure ben riprodotte, la edizione è in carta patinata. P. Valdoni.

Bibliothèque de films radiographique. Ogni serie 30-40 immagini. Masson, éd., 1931. Fr. 25.

La soluzione ideata da Béclère e Porcher di mettere a disposizione del radiologo una serie di diapositive adatte non solo ad essere lette direttamente per trasparenza (se tenute contro a un foglio bianco) ma anche ad essere proiettate, mettendo in commercio delle films radiografiche di dimensioni ridotte e raggruppate in serie, è sotto tutti i punti di vista veramente lodevole.

Ogni gruppo di film è riunito in un *passepartout* lungo 20 cm. circa e largo 3 1/2 cm. circa; 10 piccole films sono così riunite e numerate nel *passepartout*: 3-4 *passepartout* (30-40 immagini) formano una serie completa. Ogni serie ha una leggenda i cui numeri progressivi corrispondono alla numerazione sulle films.

Alcune delle serie hanno delle immagini scelte in modo accurato, così da dare allo studente, che le vede proiettate, la conoscenza delle lesioni più tipiche. In tutto sono state pubblicate 50 serie: dalle lesioni ossee, alle lesioni gastriche, polmonari, ecc.

M. E.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 28 marzo 1931.

Presiede il prof. S. Baglioni, vice-presidente.

Sieri autodevianti e reazione di Wassermann.

Prof. Trenti E. — L'O. ha studiato il comportamento dei sieri autodevianti nella reazione di Wassermann, sperimentando con dosi progressive di complemento e con dosi progressive di emolisina. Ha visto che aumentando la dose di ambocettore emolitico si annulla detto potere autodeviante ed è possibile ottenere, nel caso di sieri autodevianti di sifilitici, delle reazioni positive, ed invece reazioni negative con i sieri autodevianti di non sifilitici. Pensa pertanto che non si debba parlare di potere anticomplementare di detti sieri, come in genere si usa, ma piuttosto di potere antiemolitico.

Sulla deformità di Madelung.

Dott. Tancredi G. — L'O. descrive un caso clinico di deformità di Madelung operato con buon successo morfologico e funzionale. Discute le varie teorie etio-patogenetiche, mettendo in evidenza le alterazioni somatiche, le quali nel caso studiato potrebbero essere in rapporto con perturbazioni dell'equilibrio ormonico.

Crasi sanguigna e stato funzionale del circolo: modificazioni della serie bianca.

Prof. G. Meldolesi e A. De Orchi. — Gli OO. hanno potuto mettere in evidenza costantemente modificazioni di numero e di qualità dei leucociti in corrispondenza a stati di scompenso di circolo.

Quanto alle modificazioni di numero, esse appaiono sopratutto nel confronto fra sangue venoso e sangue arterioso. Il numero dei leucociti appare infatti diverso da arteria a vena: superiore nella vena quando il circolo periferico è rallentato, superiore nell'arteria quando il circolo periferico è patologicamente accelerato (p. es. nell'asma cardiaco). Non il solo fatto della modificazione di velocità circolatoria periferica è responsabile di tali modificazioni le quali scompaiono in genere nel ritorno allo stato di compenso. Sotto l'influenza della digitale infatti tali modificazioni scompaiono anche se questa raggiunge il compenso attraverso un ulteriore rallentamento del circolo periferico.

Quanto alla qualità dei leucociti, una linfocitosi si osserva quando il CO_2 viene a cadere nel sangue arterioso.

Polinucleosi nel sangue venoso (sia assoluta che relativa al sangue arterioso), si osserva in presenza di edemi, quando si ha un *deficit* di ossigeno arterioso e infine quando si ha una acidosi nei tessuti, dimostrata da una diminuzione della riserva alcalina sia assoluta che relativa al sangue arterioso.

Nello scompenso si ha una diminuzione dei monociti, diminuzione la quale è specialmente accentuata nel sangue venoso, là dove normalmente invece i monociti appaiono sempre in numero maggiore. Fanno eccezione i casi di endocardite lenta, nei quali si ha, specie nelle vene, un aumento degli elementi monocitari circolanti. La

diminuzione di monociti nella vena scompare al ritorno del compenso.

Negli scompensi cronici non infrequentemente si riscontrano elementi immaturi della serie bianca.

Difterite oculare in neonato, contratta durante il parto dai genitali materni.

Dott. B. BIOZZI e Dott. N. FAVIA. — Gli OO. riferiscono di un caso di difterite oculare in un neonato di tre giorni in cui il contagio avvenne durante il parto per la presenza nei genitali materni del bacillo difterico.

Gli OO. fanno rilevare che mentre il neonato, malgrado il potere di immunità relativa presente in tale età, riportò come conseguenza della infezione la perdita della funzione visiva dell'occhio destro, la madre invece non ebbe quasi alcun disturbo dalla presenza del bacillo difterico nelle vie genitali.

Dalla letteratura questo risulta il primo caso nel quale, con accurate ricerche, si è potuto stabilire che l'infezione difterica può essere trasmessa durante il parto dai genitali materni al neonato, col medesimo meccanismo della infezione gonococcica.

Deviazioni associate della lingua e della laringe.

Prof. R. MOTTA. — Facendo seguito a una comunicazione fatta alla Sezione Romana della Società Italiana Fascista di Studi scientifici sulla Tubercolosi, l'O. mette in evidenza come alla deviazione della lingua protrusa si possano associare — oltre che lo spostamento controlaterale della laringe — le varie deviazioni di questa (spostamento, rotazioni, torsioni).

Non si tratta di fenomeni paralitici a carico dei muscoli linguali, ma di un vizio di posizione, dovuto alla rotazione del blocco lingua-osso joide-laringe attorno a un asse verticale passante per l'osso joide. Le cause possono essere alte, a livello dell'osso joide (tumefazioni, cicatrici, paresi e paralisi muscolari, ecc.) o a distanza (per modificazioni della statica del tubo laringo-tracheale).

Sulla patogenesi dell'anemia nelle teniasi.

Dott. G. PENSO. — L'O. comunica una serie di esperienze da lui compiute per studiare la patogenesi dell'anemia nelle teniasi; con queste esperienze egli ha messo in evidenza come negli estratti di tenia e nei prodotti del ricambio delle tenie stesse, sia contenuta una sostanza tossica avente un forte potere emolitico sul sangue umano, e come a questa sostanza si debba, evidentemente, far risalire la patogenesi dell'anemia più o meno intensa che accompagna sempre ogni infestazione da tenia.

Il Segretario: V. PUNTONI.

Società Piemontese di Chirurgia.

Seduta del 18 aprile 1931.

Presidente: Prof. M. DONATI.

Sulla rachianestesia lateralizzata con soluzioni anestetiche leggere.

Prof. A. M. DOGLIOTTI. — Riferisce su numerose applicazioni del metodo dall'O. descritto per circoscrivere ad un determinato segmento spinale ed ad un solo lato la rachianestesia mediante soluzioni anestetiche leggere. I migliori risultati si ottengono con soluzione al 0,5 % di percaina in alcool al 10-20 %. Con un cc. o un cc. e mezzo di tale soluzione si ottengono anestesie perfette monolaterali alte o basse a volontà; per elevare od abbassare la zona di anestesia bisogna elevare le spalle od il bacino; per mantenerla lateralizzata bisogna tenere l'operando in decubito laterale sul fianco opposto a quello ove si desidera che si stabilisca l'anestesia.

Con questo metodo si ottiene di ridurre il quantitativo dell'anestetico di accentuarne l'azione per la presenza di alcool nella soluzione e di diminuire sensibilmente l'ipotensione che suole succedere alla rachianestesia alta. Il metodo non presenta al contrario alcun vantaggio rispetto ai disturbi secondari da rachianestesia.

Su un interessante metodo di anestesia tronculare in studio: rachianestesia peridurale circoscritta.

Prof. A. M. DOGLIOTTI. — Premessi i risultati di ricerche personali sul cadavere (iniezioni colorate, sezioni di colonne vertebrali congelate, iniezioni radio-opache) descrive la tecnica per l'introduzione della soluzione anestetica nello spazio peridurale attraverso qualsiasi spazio intervertebrale. La soluzione impiegata fu di novocaina 2 % in sol. fisiol.; la quantità da iniettare è di cc. 20-30 in dosi frazionate in 15'.

Il liquido si diffonde attorno al sacco durale e lungo i nervi spinali nei fori di coniugazione fino alla loro uscita.

Dopo 15'-20' si manifesta un'anestesia profonda, ma bilaterale che interessa un maggiore o minore numero di paia di nervi spinali a secondo della quantità di soluzione iniettata.

Facendo l'iniezione in uno spazio intervertebrale corrispondente al centro all'incirca della zona da anestetizzare si può ottenere anestesia bilaterale circoscritta a qualsiasi livello (collo, torace, addome, bacino).

I vantaggi sono: limitazione dell'anestesia ad una zona corrispondente a poco più del campo operatorio, evita la puntura dello spazio subaracnoideo e l'introduzione nel liquor di sostanze eterogenee, evita di conseguenza i disturbi legati alla diffusione della soluzione anestetica nel liquor e legati alla puntura del sacco durale.

Esame critico della tecnica e dei risultati della alcoolizzazione del ganglio di Gasser per il trattamento delle nevralgie ribelli del trigemino in base a 64 casi personali.

Prof. A. M. DOGLIOTTI. — Descrive la tecnica seguita che si avvicina a quella di Härtel. Consiglia di fare l'iniezione con controllo radiografico nei casi difficili.

L'iniezione di alcool assoluto nel ganglio non deve superare il 1/2 cc. in quanto è sufficiente la distruzione parziale del ganglio per troncare i dolori in modo definitivo nella maggior parte dei casi. Basta ridurre la sensibilità periferica perchè pur persistendo in parte la sensibilità tattile, termica e di pressione gli stimoli periferici causa della nevralgia non siano più in grado di superare la soglia di eccitamento della via centrale del dolore. I risultati furono ottimi. Guarigioni definitive: 56; 8 recidive. Complicazioni: cheratiti guarite 11; un caso di atrofia del n. ottico in caso con grave osteomielite dello sfenoide. Ritiene l'alcoolizzazione del ganglio di Gasser intervento che richiede accurato studio preventivo della tecnica

da seguire, di esecuzione delicata, ma superiore per semplicità e per minori rischi alla neurotomia retrogasseriana, che sarà riservata a rarissimi casi in cui per ostacoli particolari non è possibile fare o ripetere l'iniezione del ganglio attraverso il foro ovale.

Aneurisma cirsoideo del cuoio capelluto a rapidissimo sviluppo in una bambina di due mesi. Legatura della carotide esterna; asportazione del tumore.

Prof. U. CAMERA. — Esposto il caso l'O., per la precoce comparsa della tumefazione ritiene che questa sia dovuta nel caso in esame ad una particolare difettosa disposizione congenita di un dato territorio vascolare, per cui la macchia teleangectasica notata fin dalla nascita della bambina avrebbe il significato di spia piuttosto che di matrice dell'anomalia vascolare.

Lo pseudo-adenoma congenito dell'ombelico.

Prof. U. CAMERA. — Premessa una spiegazione del termine usato, insiste sulla diagnosi differenziale dal granuloma ombelicale, sopratutto per le conseguenze che possono derivare dal trattamento operatorio.

L'O. riferisce tre casi operati. All'esame istologico si aveva l'impressione di esaminare l'estremità di un'ansa del tenue eversa e prolassata attraverso l'ombelico.

Sull'artroplastica del gomito.

Prof. B. ANGLESIO. — Espone due casi; rileva la relativa benignità del decorso postoperatorio e l'importanza della precocità della mobilizzazione nelle artroplastiche del gomito con interposizione, in confronto delle resezioni sottoperiostee semplici.

Il Segretario: VILLATA.

Società Medico-Chirurgica Bergamasca.

Seduta del 21 marzo 1931.

Presidenza: prof. D'ALESSANDRO.

Il trattamento mercuriale delle asciti cirrotiche.

Prof. MINELLI. — L'O. dopo avere illustrato il metodo curativo e le ragioni della sua efficacia presenta parecchi ammalati che sono guariti in seguito ad esso.

Sulle emottisi da collassoterapia.

Dott. GALMOZZI. — L'O. dopo avere ricordate e discusse le varie condizioni nelle quali può verificarsi una emottisi in pazienti curati con il pneumotorace artificiale, riferisce di un caso nel quale succedendosi le emottisi ad ogni rifornimento per la presenza di una lesione cavitaria tenuta beante da una aderenza pleurica, fece operare la paziente di recisione della aderenza, previa costotomia e ricostituì poco dopo il pneuma artificiale continuando poi i successivi rifornimenti senza che si verificassero emottisi.

i un semplice dispositivo per il riscaldamento del gas di insufflazione nel pneumo-torace artificiale.

Dott. GALMOZZI. — L'O. presenta un semplice apparecchio che permette di introdurre nel cavo pleurico gas riscaldato alla temperatura del corpo umano.

Seduta del 25 aprile 1931.

Presidenza: Prof. D'ALESSANDRO.

Dell'intervento precoce nell'attacco appendicitico.

Prof. LUSSANA. — L'O. basandosi su di una larga statistica chirurgica italiana ed estera e sulla esperienza personale, afferma il concetto che quanto più precoce è l'intervento chirurgico tanto più aumentano le probabilità di salvare il malato. Per ottenere questa precocità di intervento bisogna creare nel pubblico e fors'anche nei medici una coscienza appendicitica, perchè non si perda nell'attesa del cosidetto raffreddamento quel tempo che spessissimo è l'unica ancora di salvezza per il paziente.

La cura del tifo con l'auto-vaccino.

Dott. REGOLI. — L'O. riferisce su di un tentativo di cura del tifo con l'autovaccino (vaccino preparato dal sangue del paziente). I risultati sono stati incoraggianti: si sarebbe verificato un certo abbreviamento nella durata della malattia ed una attenuazione dei fenomeni nervosi.

Seduta del 23 maggio 1931.

Presidenza: Prof. D'ALESSANDRO.

Dell'appendicite acuta.

Prof. MINELLI. — Premesso una accurata esposizione della sindrone così complessa dell'attacco appendicolare acuto ed insistito sulla necessità di ricercare in ogni caso tutti i sintomi e di non accontentarsi di qualcuno, l'O. espone ampiamente le ragioni per le quali in qualche caso si può pensare ad un attacco appendicolare, in altri si può non riconoscerlo perchè mascherato da sintomi che possono far pensare ad altra malattia addominale.

Dopo avere descritto minutamente le lesioni anatomo-patologiche dell'appendice venne con larghezza di dati trattato il tema terapeutico e dopo avere insistito sul grave pericolo che si corre somministrando un purgante ad un malato che si lagni di dolori addominali o che sia anche lontanamente sospetto di appendicite acuta, perchè il purgante in tali casi è il più sicuro fattore di aggravamento, l'O. si è dichiarato decisamente favorevole all'intervento chirurgico precoce, perchè questo tronca ogni ansia e toglie i pericoli che presenta ad ogni momento la pericolosa e sempre insidiosa malattia.

Il Segretario: Dott. M. CAMPLANI.

Società di Scienze Mediche di Conegliano e Vittorio.

Seduta del 25 aprile 1931.

Presiede il prof. DE GIRONCOLI.

Le asciti cirrotiche curabili.

Prof. TRAMONTINI. — Che le asciti così dette alcooliche potessero subire delle retrocessioni era noto sin dai tempi di Ippocrate e Galeno, ma fu descritto classicamente da Morgagni il caso di un patrizio veneto strenuo bevitore in cui la necroscopia svelò la malattia in parola durata non

pochi anni per notevoli compensi, ed in cui fu segnalato il legame con la ipertensione portale.

Più tardi l'argomento fu ripreso dai francesi con a capo Dieulafoy, e di recente dal Fiessinger è stato rilevato come sia da tener conto di tre elementi: il terreno su cui si svolge il processo morboso, l'età degli ammalati (giovani), il tempo dell'intossicazione (recente). Chauffard ha notato che tale remissione si verifica nelle cirrosi venose ipertrofiche in cui pur durando l'epatomegalia si ha scomparsa dell'ascite con uno stato di benessere che confina con la guarigione. L'ipertrofia epatica in tal caso rappresenta una ipertrofia compensativa delle lesioni anatomiche che pur non vengono rimosse; prova ne sia la persistenza della splenomegalia indice più che di fatti congestivi di una cirrosi splenica immodificabile. Nei casi di asciti curabili i segni di insufficienza epatica sono assai limitati, e Chauffard pone in rilievo in tali casi l'origine di essa ascite da un processo peritonitico locale o diffuso o da una periflebite capillare sui rami d'origine della porta o da una retrocessione del connettivo o da un circolo collaterale intraepatico.

Progressi sulla terapia chirurgica dell'ulcera gastro-duodenale.

Prof. DE GIRONCOLI. — L'O. riassunti i vari metodi operativi dell'ulcera gastroduodenale e detto delle varie interpretazioni circa il valore degli stessi, afferma essere ormai dimostrato che la g. d. stomia tra i metodi non radicali è quella che dà il minor numero di ulceri p. e di mortalità e fu assodato che gli svantaggi della stessa per u. callosa non resecabile sono minori in confronto dei danni derivanti per l'atto operativo eseguito senza una sicura affezione ulcerativa.

Il R. ritiene che gli insuccessi dovuti alla resezione gastrica sia col I che col II metodo Billroth siano dovuti o ad una mancata giusta indicazione o ad una insufficiente resezione di entrambi i monconi o ad una resezione troppo estesa o ad un difetto di tecnica. Ricorda ancora, come le rare ulceri recidive, e le rarissime u. p. post-operative possano costituire causa d'insuccesso, mentre alcuni soggetti nevrosici, nei quali manca il substrato anatomico che spieghi le loro sofferenze post-operative e che vengono sottoposti a successive relaparatomie in base a reperti radioscopici erroneamente interpretati trarrebbero maggior vantaggio da un'acconcia cura medica. L'intervento chirurgico è coronato da tanto maggior successo quanto più grave sia la lesione.

Trattamento chirurgico delle scottature.

Dott. TOMASI. — L'O. descrive il metodo proposto da Tsckmarske consistente nel ridurre le ustioni a ferite asettiche, con energico lavaggio delle regioni e successivo strofinamento con alcool assoluto previa narcosi del paziente. Ricorda come nel congresso di Greiswolt il Reske abbia sostenuto la bontà di tale metodo che oltre portare a rapida guarigione come ebbe a sperimentare l'A. su tre ustionati — riduce le successive medicazioni e abolisce le cicatrici deformanti. L'O. sulla piaga detersa passa da ultimo acido picrico in alcool per la nota proprietà cheratinizzante della stessa.

Il Segretario: P. FABRIS.

Società di Coltura Medica della Spezia e Lunigiana.

Seduta del 27 marzo 1931.

Presiede il Prof. Dott. RINALDO CASSANELLO.

Ascesso cerebrale di origine otitica.

Prof. dott. A. BRONZINI. — L'O. ha operato un individuo quarantenne di ascesso cerebrale da otite m. pur. cronica destra. Il malato è venuto a morte dopo 45 giorni dall'intervento.

Il caso è interessante per l'estensione della lesione. L'O. mostra il pezzo anatomico: oltre ad una vastissima distruzione dell'emisfero d. con erosione del pavimento del IV ventricolo dello stesso lato, si osserva come la cavità ascessuale abbia raggiunto attraverso la parte post. inf. del corpo calloso, il corno post. del ventricolo laterale del lato opposto.

Il dott. A. ZACUTTI riferisce *su due casi di contemporanea gravidanza intra- ed extra-uterina.*

Il dott. U. SEVERI riferisce su *due casi di occlusione intestinale da cisti ovariche.*

Perforazione traumatica transrettale della vescica.

Dott. D. ROLLAND. — L'O. riferisce sopra un caso di perforazione traumatica transrettale della vescica, osservato nell'Ospedale Civile V. E. II della Spezia, che merita di essere conosciuto oltre che per la sua straordinarietà per l'interesse che offre sia dal punto di vista medico-legale sia da quello chirurgico urologico. Si tratta di un signore che riferiva di avere riportato la grave lesione a causa dell'introduzione violenta di uno strumento duro nel retto mentre si congiungeva carnalmente con una donna da trivio, da parte della donna stessa. Subito aveva avvertito, oltre un vivo dolore locale irradiato all'ipogastrio, scolo di abbondante urina mista a sangue dal retto e passaggio di bolle di gas in vescica. L'esplorazione anale lasciava apprezzare sulla superficie anteriore del retto una soluzione di continuo, nella quale penetrava l'apice del dito esploratore, situata a circa due centimetri al disopra della prostata.

Le urine contenevano materie fecali e nella minzione solo in piccola parte le urine passavano per le vie naturali, mentre in maggiore quantità fuoriuscivano dall'ano.

L'infermo anzichè venire sottoposto a gravi interventi cruenti, fu curato con pieno successo col piccolo espediente della sonda a dimora, mantenendo l'alvo chiuso cogli oppiacei. La guarigione completa si ottenne in un mese nonostante l'insorgenza di un attacco di pielite a destra; la ferita si era chiusa in due settimane.

Il caso riferito si presta ad alcune considerazioni medico-legali e chirurgiche. L'O. dimostra sotto il primo punto di vista l'inverosimiglianza della versione data dal paziente, e ritiene che si tratti di un caso di masturbazione anale, praticato allo scopo di ottenere l'erezione indispensabile al coito. Dal punto di vista chirurgico dimostra l'efficacia e la semplicità della condotta terapeutica seguita, che ha risparmiato al paziente il grave difficile intervento ed ha portato il paziente stesso a guarigione completa in breve termine di tempo.

Il Segretario: Dott. DOMENICO ROLLAND.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Come può un medico pratico riconoscere con metodi semplici una insufficienza renale?

Becher, della Clinica di Volhard espone (*Zentralbl. f. inn. Med.*, n. 16, 1931) i sintomi fondamentali sulla cui guida si può giungere — senza ricorrere a metodi di ricerca molto complicati — alla diagnosi di insufficienza renale.

L'autorità che viene all'A. e dalle sue molte ricerche nel campo della patologia renale, e dalla grande fama della Clinica a cui appartiene danno a questa sua chiara esposizione un particolare significato.

Il conoscere esattamente le condizioni dell'insufficienza renale rappresenta un dato di fatto da cui — oggi — non si può prescindere: pur ricordando che la prognosi di una nefropatia non dipende esclusivamente dalla sua funzione, giacchè — indipendentemente da questa — l'insufficienza cardiaca, un ictus ecc., minacciano sempre la vita del renale.

La caratteristica del rene sano è quella di poter adattare la sua funzione ai bisogni dell'organismo; e a seconda delle proporzioni di parti solide e liquide che giungono al rene, il peso specifico delle urine presenta vaste oscillazioni.

Se le urine di un malato di rene esaminate nella loro massa giornaliera, presentano un peso specifico che si allontana nettamente da quello del siero dealbuminizzato (1010), si può senz'altro escludere una insufficienza renale: un paziente con urine a peso specifico 1022, non è un renale insufficiente.

Quando il peso specifico è invece vicino ai 1010, nasce il sospetto che si abbia a che fare con un'insufficienza renale; e questo sospetto diviene certezza quando tutte le cause che sono — in un individuo sano — capaci di aumentare il peso specifico (perdite d'acqua extrarenali per sudore, vomito, diarrea e sopratutto l'insufficienza cardiaca con le sue urine concentrate) o di abbassarlo (introduzione di grandi quantità di acqua) non riescono a modificarlo in nulla o solo lievemente.

Importante è il colore delle urine; se un malato di reni emette delle urine straordinariamente pallide, ciò fa sospettare una insufficienza renale; e il sospetto si conferma se — al color pallido — si associa il basso peso specifico.

Come si spiega questo pallore? Le sostanze coloranti dell'urina giungono al rene non come tali, ma come materiale incolore che il rene stesso poi — con un processo di ossidazione — trasforma in sostanze colorate: ora il rene insufficiente è divenuto incapace di compiere questi processi d'ossidazione e le sostanze incolori passano come tali nell'urina.

In un processo d'ossidazione può trasformarle nel loro stadio successivo « di colore »; e così si spiega perchè queste urine pallide, esposte a lungo alla luce, si scuriscano.

Una parte però di queste sostanze cromogene restano circolanti nel sangue o si fissano nei tessuti, sempre — s'intende — allo stadio « incolore »; ma nella pelle, dove più batte la luce, si svolgono dei processi ossidativi analoghi a quelli accennati prima, ed ecco il perchè di quel color giallastro grigio che codesti malati presentano sul volto e sulle mani.

Ma per poter meglio saggiare la funzionalità del rene, occorre provarla di fronte ad accumulo eccessivo, o a deficienza di liquidi introdotti; e a questo scopo giovano egregiamente le notissime prove d'insufficienza e di concentrazione del Volhard, che l'A. riporta minutamente.

Nella prova della diluizione si somministrano la mattina, a digiuno, 1500 c.c. di acqua o the diluito, e si raccolgono le urine ogni 1/2 ora per 4 ore (8 campioni). In questo periodo di tempo tutti i 1500 c.c. debbono essere eliminati: la proporzione delle singole quantità di urina eliminate ogni mezz'ora ha importanza; la quantità maggiore è di 400 c.c., il peso specifico più basso deve essere di 1001-1002; quantità di albumina superiori al 2-3 per mille disturbano la prova.

La prova della concentrazione (a dieta secca, senza ministre nè liquidi ecc.) durerà mezza giornata o anche più, talora anche 48 h: il peso specifico salirà fino a 1030 e oltre.

Nell'insufficienza renale, alla prova della diluizione si nota che i varî campioni ottenuti non variano molto tra loro nè per quantità nè per peso specifico; che questi raramente scende molto in basso: e che, nella loro massa complessiva, le urine emesse sono inferiori, più o meno, ai 1500 c.c. ingeriti e alla prova della concentrazione si osserva che non si raggiunge mai un alto peso specifico.

È vero che fattori extrarenali possono modificare l'andamento delle prove; anche Volhard distingue le prove cattive renali dalle prove cattive extrarenali; è infatti possibile discernere l'elemento extra da quello veramente renale nel giudizio complessivo delle prove. Un soggetto con tendenza agli edemi urinerà meno di quanto liquido ha ingerito, e in questo senso, fa una « cattiva » prova di diluizione: ma tuttavia la quantità di urina che emette varia da mezz'ora a mezz'ora e il suo peso specifico si abbassa anche notevolmente: questo stesso malato, a letto, in posizione sdraiata, urinerà di più, e se lo si fa

stare a lungo con le gambe alzate, urinerà ancora di più.

La prova della diluizione va abbandonata, perchè pericolosa, nella nefrite acuta e negli ipertesi, in cui si tema lo scoppio di un asma cardiaco; e così pure quando c'è tendenza alla pseudouremia.

Quando la prova della diluizione è cattiva, finchè la quantità delle urine giornaliera è abbondante, l'insufficienza renale non è ancora estrema; ma lo diventa, quando la quantità si faccia normale, o scenda al disotto del normale.

Un'altra ricerca molto semplice è quella della « sovraccarica di alcalini »; essa si pratica dando ogni 2 ore 5 gr. di bicarbonato di soda e saggiando con la carta al tornasole la reazione dell'urina; nel sano, questa diviene alcalina dopo la prima o la seconda somministrazione, mentre nell'insufficienza funzionale del rene occorre dare quantità maggiori, fino a 50-80 gr.; questa prova dà generalmente, ma non sempre, risultati paralleli alle precedenti.

È però utile non rinunziare anche all'esame del sangue: si ricordi tuttavia che l'aumento dell'azoto nel sangue può trovarsi in tutti i casi di disturbata irrorazione renale — per esempio nelle insufficienze cardiache — e che perciò esso non acquista valore nei riguardi diagnostici della funzionalità renale che quando si associ a ritenzione di sostanze aromatiche, che derivano dagli aminoacidi aromatici dell'albumina nell'intestino; sono sopratutto l'indolo, il fenolo ecc., e normalmente, sono ossidati e riuniti a acidi glucuronici, solfo ecc., di modo che se ne trovano in scarsissima quantità nel sangue e nei tessuti.

Esse aumentano invece nella insufficienza renale, e si può determinarle una per una, o nel loro complesso, col metodo della reazione xantoproteica.

L'A. descrive più minutamente il metodo di Ambard per il dosaggio dell'azoto nel sangue, e ne ricorda i valori normali (tra 20 e 40 mg %) e descrive la reazione xantoproteica, in cui il colorito giallo, dopo il trattamento con acido nitrico e ammoniaca, si fa tanto più intenso, quanto più accentuato è il grado della insufficienza renale.

Si può anche fare la ricerca dell'indacano col cloroformio, che si colora in violetto nell'insufficienza renale e tanto più, quanto maggiore è l'entità di questa.

Si noti che l'aumento dell'azoto nel sangue si trova anche tutte le volte che si abbia una forte distruzione di albumina (malattie infettive, prima della morte); la reazione xantoproteica riesce positiva nelle insufficienze del fegato e quando si faccia abuso di sostanze cromatiche (salicilato di soda).

In questi casi però la prova dell'indacano resta negativa: a sua volta essa può essere resa positiva dall'uso dello jodio, e quando si abbia formazione d'indacano.

Se tutte e 3 le prove sono positive, la insufficienza renale è certa: si noti infine che stadii incipienti di disturbo della funzione renale possono non dare alcuna di queste reazioni, mentre la prova della diluizione e della concentrazione appaiono già alterate.

V. SERRA.

Sintomi rivelatori di un'azotemia allo stato latente.

J. Roginski (*Journ. des praticiens*, 7 marzo 1931) elenca i seguenti sintomi, che possono mettere il medico sull'avviso della possibilità di un'azotemia latente.

Torpore progressivo. — Il malato incomincia a perdere il suo slancio consueto per il lavoro, diventa inattivo e pigro. L'A. cita il caso di un contabile molto attivo che era stato da lui visitato ogni tanto per leggeri edemi bimalleolari e tachicardia senza importanza; nessun segno di brightismo, nè albuminuria. In seguito, sonnolenza eccessiva malgrado i lunghi sonni, pigrizia, scarsa volontà di parlare. L'esame del sangue rivelò un'azotemia di 1,27; il paziente fu costretto a lasciare il lavoro ed ha ogni tanto delle crisi di uremia, malgrado il regime ed il trattamento.

Prurito. — Da solo od associato al torpore, può essere indizio di azotemia latente.

Inappetenza. — Si manifesta come ripugnanza evidente per alcuni cibi, come, p. es., la carne; alcuni azotemici continuano ad avere buon appetito ma, davanti ai cibi, sentono ripugnanza e rifiutano di continuare i pasti.

Fenomeni oculari e specialmente retinite. — L'A. cita il caso di un medico che presentava ambliopia, diplopia, fotofobia, mosche volanti, annebbiamento della vista e soprattutto diminuzione dell'acutezza visiva; l'esame del sangue dimostrò un'azotemia notevole.

Dispnea. — Specialmente importante quando sopravviene senza ragione evidente ed assume il ritmo di Cheyne-Stokes; incomincia spesso come semplice oppressione, può dare talora delle vere crisi di asma.

Le *forti anemie* possono far pensare all'azotemia; le congiuntive sono spesso addirittura esangui. Il polso, in opposizione ai fatti anemici, è pieno ed iperteso. La numerazione dei globuli dà valori sui 2 milioni di emazie e di 30-40.000 leucociti.

L'ipertensione deve sempre consigliare la ricerca dell'azotemia.

L'A. mette in rilievo che le esperienze fatte nei diversi ospedali di Parigi hanno dimostrato che la quantità massima di urea nel sangue dei normali è di 0,35 per litro di siero.

fil.

CASISTICA E TERAPIA.

Bronchite cronica.

Per bronchite s'intende (Marshall, *The Practitioner*, gennaio 1931) l'infiammazione dei grossi e medi bronchi (quella dei piccoli è la bronchiolite) ed è caratterizzata da iperemia e tumefazione dell'epitelio bronchiale con secrezione sierosa fluida o mucopurulenta.

Certamente l'infezione esogena è importante nella determinazione della bronchite cronica e in quasi tutti i casi si trovano pneumococchi, o streptococchi, o M. catarrhalis o B. Friedländer nell'espettorato.

Le difese dei bronchi sono così numerose, dato il percorso dell'aria per giungervi, che appare strano che la bronchite cronica sia una malattia così frequente. L'infezione locale si compie o per ristagno di secrezione che successivamente si infetta con facilità (come si osserva specialmente nell'enfisema dei vecchi in cui la mobilità polmonare è diminuita o nelle deviazioni vertebrali oppure per penetrazione di germi dall'esterno dovuta a deficiente azione delle ciglia dell'epitelio bronchiale) o anche per infezione dei bronchi da focolai posti al disopra (bocca, gola, naso, seni accessori).

I sintomi della bronchite cronica sono la tosse (specialmente di notte e nelle prime ore del mattino) e l'espettorazione, che può essere mucosa, scura, verdastra, giallastra o anche striata di sangue. A questi si aggiunge facile spossatezza. Nelle forme secondarie a diminuita mobilità polmonare si hanno disturbi della circolazione e precisamente a carico del cuore destro, nelle forme da infezione focale si hanno i disturbi della tossiemia e anche febbre. Segni fisici sono i ronchi e i rantoli, che sono diffusi nelle forme secondarie ad enfisema, localizzate per lo più alle basi nelle forme che seguono una polmonite e agli apici nelle infezioni dei seni nasali. Radiologicamente la bronchite si rivela con una trama opaca, lineare, che non deve essere attribuita a fibrosi.

Complicazioni sono: l'insufficienza del cuore destro, la broncopolmonite, l'asma bronchiale.

Per la cura si elimineranno i focolai settici della bocca, del naso, della gola e dei seni nasali. Se c'è diminuita mobilità polmonare la ginnastica respiratoria può essere utile. Se c'è infezione si dia del creosoto. I sedativi sono utilissimi, come pure i cambiamenti di clima. Naturalmente si raccomanderà la vita all'aperto. Qualche volta giovano gli autovaccini.

R. LUSENA.

Avventura di una spiga di grano in un bronco.

E. Rist e A. Pellé (*Bull. et mém. de la Soc. Méd. des hôp. de Paris*, 16 marzo 1931) riferiscono il caso di un ragazzo di 15 anni il quale, nel luglio 1927, trovandosi in campagna aveva colto e messa in bocca una spiga di grano che, d'un tratto, sparì in gola.

Egli ebbe un violento accesso di tosse, poi continuò la sua passeggiata senza disturbi. Dopo circa un mese il ragazzo cominciò ad aver febbre e durante 29 giorni la temperatura oscillò fra 39°,5 e 38°. Un po' di gorgoglio nella fossa iliaca destra ed una lingua rossa ai bordi ed alla punta bastarono a far porre senza siero-diagnosi nè emocultura, la diagnosi di febbre tifoide. Il ragazzo durante questo periodo tossiva molto. Alla fine di agosto tutto era scomparso, ma in settembre ricompare la tosse e la temperatura raggiunge i 38° la sera.

I medici consultati concludono per una tubercolosi polmonare. Nel febbraio e nel marzo 1928 si presentarono parecchi accessi febbrili oltrepassanti i 39° e sempre accompagnati da tosse.

Un esame radioscopico mostra una trasparenza dei due campi polmonari normale, ma la visibilità della regione sopradiaframmatica destra sembrava esagerata. Un otorinolaringologo trovò delle vegetazioni nel cavo nasale e le asportò il 14 marzo. La diagnosi di rinobronchite sembrava tanto più verosimile in quanto mancavano i segni fisici di un'affezione polmonare parenchimatosa e l'incidente della spiga era stato dimenticato. D'altra parte, lo stato generale del ragazzo restava soddisfacente.

A partire dall'ablazione delle vegetazioni adenoidi la tosse, sempre più frequente, si accompagna ad espettorato purulento di cui l'abbondanza va crescendo e l'alito diviene francamente fetido. Nella notte del 30 aprile il piccolo malato ebbe un accesso di tosse particolarmente violento nel corso del quale espettorò bruscamente l'estremità di una spiga di grano, con tre chicchi intatti, nerastri. All'espulsione della spiga seguì una vomica purulenta e fetida molto abbondante, che si rinnovò i giorni seguenti. Obiettivamente si notava ottusità in corrispondenza della base dell'emitorace destro posteriormente, ove si ascoltava un soffio e dei grossi rantoli bollosi. Rapidamente l'espettorazione diminuì e cessò di essere fetida, la temperatura divenne normale. Nell'agosto 1928 il ragazzo non presentava più alcun sintomo morboso e nel marzo 1929 anche radiologicamente si poteva considerare guarito.

Il caso si presta a diverse riflessioni. Bisogna anzitutto notare la brevità dei fenomeni reattivi immediatamente consecutivi all'introduzione del corpo estraneo nel bronco destro.

È poi curioso che per circa otto mesi la spiga incastrata nel prolungamento inferiore del bronco principale destro non abbia dato luogo che ad una espettorazione mucosa insignificante e che gli esami praticati non abbiano fatto constatare alcun addensamento del

parenchima polmonare. Sembra che l'intervento chirurgico abbia influito sullo sviluppo della fase successiva, forse perchè ha favorito la penetrazione dei germi anaerobi della cavità buccale nel bronco. Probabilmente si è prodotta una bronchiettasia a monte del corpo estraneo ed una pneumonite settica con formazione di ascessi. Nella cavità così formata si può pensare che la spiga, sotto l'influenza della tosse, si sia orientata in un senso diametralmente opposto a quello che aveva quando era penetrata nell'albero bronchiale, fatto che ha reso possibile la sua espulsione.

È poi notevole il fatto che l'espulsione spontanea del corpo estraneo sia stata seguita così rapidamente dalla guarigione. Ci si può domandare se certe guarigioni spontanee di ascessi polmonari non possano spiegarsi allo stesso modo, con l'espulsione, passata inosservata, di corpi estranei non opachi ai raggi X.

C. Toscano.

Spirochetosi nodulare necrotica. Infezione gangrenosa terminale.

Il caso interessante, è descritto da Rathery e Waitz negli *Archives méd.-chir. de l'appareil respir.*, 1930, n. 5.

Si trattava di un trentatreenne, diabetico, il quale riceve due colpi di coltello con penetrazione nella cavità addominale. Operato, il giorno dopo comincia a presentare, e così per più di un mese, fenomeni polmonari: subottusità alla base destra, soffio tubarico, rantoli sotto crepitanti a cui corrisponde radiologicamente un'ombra vasta più densa al centro che alla periferia. Negativi gli esami pel Koch, negative le punture esplorative. Febbre alta irregolarmente remittente. Dopo un altro mese, circa, compare fetidità dell'alito, la dispnea è forte, l'espettorato muco purulento abbondante. Tra una vomica e l'altra il p. peggiora, compaiono segni cavitari: il novarsenobenzolo e il siero antigangrenoso restano senza effetto. Morte al terzo mese di malattia.

All'autopsia si constata una lesione elementare caratteristica « il nodulo necrotico ». La maggioranza delle lesioni necrotiche ha la forma nodulare: altre sono più piccole, riunenti alcuni alveoli; in alcuni punti le lesioni sono più diffuse e costituiscono dei veri focolai di polmonite necrotica. Questi noduli si differenziano nettamente dai focolai necrotici polmonari quali sono realizzati dalla tubercolosi o dalla sifilide. L'assenza di tendenza ulcerativa di questa necrosi, l'importanza delle lesioni endoarteriali, tanto nel nodulo che nelle vicinanze, la rarità delle lesioni perinodulari allorchè il nodulo non è in contatto con la pleura o con l'asse bronco vascolare, sono il migliore carattere.

Il primo stadio del nodulo necrotico è l'alveolite necrotica, con ispessimento dei setti alveolari e del tessuto.

La clinica e la batteriologia fanno anche escludere in questo caso la sifilide e la tbc. Si trovano spirocheti in cultura pura nei focolai necrotici e nelle proliferazioni arteriose, attestanti l'autonomia del nodulo necrotico. Questo fà presumere che accanto alla spirochetosi bronchiale ed alla spirochetosi gangrenosa bisogna porre le spirochetosi necrotiche. Autori stranieri hanno riportato osservazioni di polmoniti, di congestioni polmonari, di broncopolmoniti da spirilli, ma la prova anatomica non è stata mai data.

Nel caso in oggetto l'evoluzione ha seguito due fasi: la prima, la più lunga non accompagnata a fetidità dell'alito od a espettorazione, è una pneumopatia subacuta cui corrisponde anatomicamente la spirochetosi polmonare necrotica.

L'evoluzione gangrenosa compare essenzialmente come un processo secondario innestato sulla necrosi da spirochete: non esiste sfacelo putrido, che laddove sono noduli necrotici. Lo studio istologico minuto ha permesso agli AA. di seguire i diversi stadi dell'innesto gangrenoso e di stabilire in chiara maniera la rispettiva importanza delle spirochete e della flora di Veillon: la spirochete produce la particolare alveolite, con necrosi, la flora anaerobica determina lo sfacelo della necrosi.

Senza generalizzare, si potrebbe pensare che analogamente a questa osservazione la gangrena polmonare può risultare dall'associazione di due processi: necrosi spirochetotica e sfacelo per innesto di anaerobi sulla lesione precedente.

Monteleone.

Note sulla pleurite siero-fibrinosa nell'infanzia.

Dall'osservazione di 38 casi di pleurite siero-fibrinosa, del quale è riportata la storia clinica, da quella di una statistica personale di 152 casi J. Comby (*Archives de Médicine des Enfants*, gennaio 1931) trae le seguenti conclusioni:

Innanzi tutto le pleuriti siero-fibrinose sono più frequenti nella seconda che nella prima infanzia, rare nell'età del lattante. Il sesso non avrebbe alcuna importanza nel presentarsi della malattia.

Differenza insignificante di frequenza si ha tra le due metà del torace, le forme doppie sono rare. La cutireazione alla tubercolina fu trovata sempre positiva, il che conferma la teoria di Landouzy sulla natura tubercolare delle pleuriti siero-fibrinose.

Malgrado questa origine, le pleuriti siero-fibrinose guariscono bene e rapidamente: rari sono i casi, nei quali la forma evolve in tubercolosi polmonare.

Il liquido in generale è poco abbondante, perciò la toracentesi, più nociva che utile, deve essere riservata alle grandi raccolte.

Necessaria è soltanto la puntura esplorativa per essere certi dei caratteri del liquido.

Il trattamento usato dall'A. è puramente medico e igienico e consiste nel riposo a letto almeno per 15 giorni; alimentazione a base di latte, brodi vegetali, bevande diuretiche, diuretici leggeri, e qualche volta il salicilato di sodio. Riassorbito il liquido, si raccomanda la ginnastica respiratoria, e il soggiorno in montagna o al mare.

Le cure aero e elioterapiche prolungate sono i mezzi più efficaci per prevenire le ricadute, o l'evoluzione verso una forma polmonare da cui il pleuritico è sempre minacciato. Esse sono superiori a qualsiasi altro medicamento.

C. Nervi.

La toracoplastica nell'infanzia.

Klapp e Widhopf (*Deutsch. z. Chir.*, 1930) hanno eseguito quattro toracoplastiche in bambini: 2 per tbc. polmonare, 2 per bronchiectasia. I risultati furono come generalmente si riscontra negli adulti: buoni per la tbc. polmonare, scarsi nella bronchiectasia. L'operazione non presenta speciali difficoltà, è necessario far molta attenzione all'emostasi. Del resto il processo di riparazione costale avviene regolarmente e rapidamente e non rimane una deformità molto notevole. V. Ghiron.

Contributo alla conoscenza clinica e radiologica della cosidetta tifo-bacillosi nell'infanzia.

Il concetto originario di Landouzy, secondo il quale la tifobacillosi corrisponderebbe ad una setticemia tubercolare primitiva, è oggidì scosso per il fatto che, assai di frequente, in istati simili, è possibile rilevare segni clinici e radiologici a carico del polmone.

Inglima (*La pediatria del medico pratico*, febbraio 1931) descrive tre casi, studiati in piccoli bambini, e decorrenti col quadro caratteristico della tifo-bacillosi.

In tutti e tre, radiograficamente, si mise in evidenza un infiltrato peri-ilare, il quale non dava segni dal punto di vista clinico.

M. Faberi.

MEDICINA SCIENTIFICA

Tensione superficiale del siero nella paralisi generale.

B. H. Shaw (*British Medic. Journ.*, 11 aprile 1931) ha osservato, durante la ricerca della tensione superficiale del siero sifilitico, un fatto che sembra portare un po' di luce sulla natura dell'ambocettore e tende a confermare l'opinione di Friedemann che si tratti di un composto di globulina e sapone oltre a poter essere di aiuto nella diagnosi. Il fatto osservato è questo: nella paralisi generale il siero inattivato per 30' a 56° ha una diminuzione della tensione superficiale, mentre nei sieri di sani si ha aumento dopo l'inattivazione. Questo fenomeno non è stato osservato nel siero di sangue di sifilitici senza segni paralitici, per cui esso può essere utile nella diagnosi di lesioni sifilitiche meningoencefalitiche incipienti. La tecnica della misurazione della tensione superficiale è descritta dettagliatamente in questo articolo. R. Lusena.

Osservazioni sull'effetto terapeutico della febbre e delle cure aspecifiche.

B. Grünzweig (*Med. Welt*, n. 4, 1931) osserva che nei disturbi del sistema nervoso vegetativo si ottengono buoni risultati dalla proteinoterapia aspecifica anche quando questa non determini febbre. Non è perciò necessario che la proteinoterapia determini elevazioni termiche; la febbre si deve considerare non un risultato utile bensì un fenomeno accessorio molesto. Sia la proteinoterapia come la terapia attinica, la diatermia, le trasfusioni, le bruciature col ferro rovente, tutti insomma i mezzi terapeutici aspecifici determinano nell'organismo la formazione di prodotti che svolgono un'azione utile per la lotta dell'organismo contro la malattia. Sembra che agisca analogamente anche la terapia malarica della paralisi progressiva, anche in questa terapia la febbre si deve considerare non il fenomeno utile bensì un fenomeno accessorio molesto. R. Pollitzer.

Influenza della puntura della cisterna nella termoregolazione.

La sottrazione di liquido cefaleo-rachideo determina uno squilibrio funzionale endocranico, che si rivela con modificazioni passeggere dei centri nervosi, sopratutto diencefalici, poco appariscenti ad un esame superficiale, ma nette ad un'attenta investigazione.

M. Castex e L. Ontaneda (*Rev. de Ciencias Medicas*, n. 154, 1931) hanno studiato le variazioni della temperatura dopo la puntura della cisterna in 60 infermi.

In molti casi, tale studio è stato completato dall'analisi del metabolismo basale, della formula ematologica, della pressione arteriosa, del polso, del respiro ecc.

Gli AA., a differenza di precedenti ricercatori, hanno osservato sempre, dopo puntura della cisterna, elevazione termica, che sorpassa i limiti della norma in circa la metà dei casi. Tale elevazione comincia dopo 3 h., aumenta fin verso la 6ª-9ª ora dalla puntura e poi decresce. Nella maggioranza dei casi il massimo di ascesa raggiunge i 38° all'ascella. Non esiste alcuna relazione tra la curva termica e quella della pressione arteriosa, della glicemia, della colesterinemia, del metabolismo basale.

Invece l'N sanguigno dimostra un relativo parallelismo.

Gli AA. si riservano di dare in un prossimo

articolo la spiegazione dettagliata della patogenesi delle modificazioni termiche e di quelle concomitanti.

Credono però di poter affermare fin da ora che tali modificazioni fisiologiche siano condizionate dalle alterazioni meccaniche irritative dei centri encefalici regolatori rispettivi.

A. POZZI.

RUBRICA DELL' UFFICIALE SANITARIO

La polizia mortuaria.

Le norme vigenti in materia di polizia mortuaria sono contenute nell'art. 9 della legge 23 giugno 1927 n. 1070, che ha sostituito l'art. 55 del T. U. delle leggi sanitarie; negli art. 195, 197 e 198 dello stesso T. U.; nel regolamento di polizia mortuaria approvato con R. decreto 25 luglio 1892 n. 448; nella legge 11 giugno 1922 n. 880, che ha sostituito l'articolo 196 del T. U., e nel R. decreto 30 dicembre 1923 n. 2889 il quale, coll'art. 77 (trasporto di salme da provincia a provincia), ha modificato l'art. 197 del medesimo T. U. Ci limitiamo ad illustrare le più importanti disposizioni che interessano gli ufficiali sanitari.

Denuncia dei decessi. La denuncia deve farsi dai capi di famiglia o di qualsiasi altra collettività, all'ufficio dello Stato civile, entro le 24 ore dall'avvenuto decesso. Ma, indipendentemente da questa denuncia, e da quella che è obbligatoria per chiunque abbia notizia di un decesso in persona priva di assistenza, l'art. 9 della legge 23 giugno 1927 prescrive che i medici denuncino al podestà, in ogni caso di morte, la malattia che ne è stata la causa. La denuncia vien fatta sulle apposite *schede nominative*, distribuite dall'Istituto centrale di Statistica del Regno. La esatta compilazione di tali schede, specialmente nell'indicazione della malattia iniziale, delle successioni morbose o complicanze e dell'accidente terminale per le morti naturali, e della specie della morte (accidentale, suicidio, omicidio) per quelle da causa violenta, ha una grande importanza per la giusta conoscenza e valutazione del fenomeno della mortalità.

Sulla precisa compilazione di tali schede, per parte dei medici curanti e dei medici necroscopi, il Ministero dell'Interno, con circolare 5 giugno 1927, richiamò l'attenzione delle autorità sanitarie, disponendo che il servizio fosse controllato dagli ufficiali sanitari, ai quali l'ufficio di Stato civile deve comunicare le schede nominative di morte per un preventivo esame. Con altra più recente circolare (28 gennaio 1931) è stata fatta presente l'opportunità di adottare, nelle diagnosi di causa di morte, le nomenclature nosologiche ufficiali deliberate dalla IV conferenza internazionale (Parigi 1929) e contenute nell'apposita pubblicazione dell'Istituto centrale di Statistica, che si trova presso tutti i Comuni del Regno. Per i bambini morti entro il primo anno di vita devono pure annotarsi sulla scheda di morte le notizie relative al modo di allattamento.

Le disposizioni regolamentari sul riconoscimento dei decessi, sul periodo di osservazione dei cadaveri e sul loro trasporto, anche quando si tratta di cadaveri di persone morte per malattia infettiva, sono troppo note, perchè abbiano bisogno di illustrazione; basti dire che è compito dell'ufficiale sanitario esigerne il rigoroso adempimento e che non sarà mai sufficientemente oculata la sua vigilanza sul servizio di constatazione dei decessi e di osservazione dei cadaveri, per evitare i dolorosi episodi di sepoltura di persone vive, che se sono fortunatamente molto rari, quando si verificano, destano giustamente lo sdegno ed il raccapriccio delle popolazioni.

Igiene cimiteriale. L'art. 195 del T. U. pone il cimitero sotto la sorveglianza dell'autorità sanitaria. Pur rispettando, dunque le competenze in materia degli uffici tecnici e della autorità religiosa, il lato igienico del servizio cimiteriale è di esclusiva spettanza dell'ufficiale sanitario, il quale può e deve valersi del diritto che gli proviene da questa disposizione di legge.

In caso di costruzione o di ampliamento di cimiteri l'ufficiale sanitario fa parte (art. 95 del reg. di polizia mortuaria) della commissione incaricata dal Prefetto di dare il parere sulla scelta del terreno designato per la costruzione o per l'ampliamento e sul progetto relativo. Per la determinazione della zona di rispetto dei cimiteri sono da tener presenti le norme della legge 11 giugno 1922 e degli articoli 115 e 116 del Regolamento.

Particolare attenzione deve esser portata sulla esatta tenuta dei registri prescritti dall'articolo 50 del Regolamento, alla quale occorre faccia riscontro la rigorosa osservanza delle norme che disciplinano le inumazioni (art. 54-62). Specialmente nei cimiteri dei piccoli Comuni rurali queste norme non sempre sono rispettate. Accade talvolta che, per soddisfare al desiderio delle famiglie dei defunti, si facciano inumazioni in luogo diverso da quello che risulta di volta in volta, dal piano regolatore dei posti delle fosse (art. 55), in modo da turbare l'ordine della rotazione delle sepolture; o che non si mantengano le prescritte distanze fra le fosse. Questo fatto porta ad uno spreco dello spazio di terreno disponibile, ed, oltre ad offendere la simmetria e il decoro, che devono esser sempre conservati nell'utilizzazione dell'area cimiteriale, rende talvolta necessaria l'esecuzione di ampliamenti e quindi delle spese relative, che si sarebbero altrimenti potuti risparmiare o quanto meno ritardare. Merita un accenno anche il disposto dell'art. 119 del Regolamento che

prescrive, per i cimiteri, un muro di cinta alto non meno di metri 2,50 dal piano esterno di campagna. L'inosservanza di questa disposizione, e la mancanza di un buon cancello di chiusura, sono causa talora dello sconcio di lasciare il cimitero accessibile ai monelli del paese od anche agli animali.

L'obbligo del collocamento sulle sepolture dei cippi prescritti dall'art. 57 del Regolamento e recanti un numero di riferimento a quello del registro dei seppellimenti, deve pure rispettarsi scrupolosamente, perchè è di fondamentale importanza per il riconoscimento di salme nelle eventuali successive esumazioni. Per le esumazioni straordinarie, disposte dal Podestà, è inoltre da ricordare che compete all'ufficiale sanitario dettare le prescrizioni di carattere igienico da inserirsi nell'ordinanza di autorizzazione.

Anche i cimiteri e sepolcri particolari (cappelle gentilizie) debbono rispondere ai requisiti prescritti per i cimiteri comunali e sono sempre sottoposti alla vigilanza della stessa autorità.

Infine, senza insistere sopra ogni singola disposizione del regolamento di polizia mortuaria, il cui significato non abbisogna di illustrazione, si può affermare che, non meno degli altri servizi d'igiene urbana e rurale, quello dei cimiteri merita l'attenzione degli ufficiali sanitari, sia per il decoro ed il rispetto che sono dovuti ai luoghi che offrono l'estremo riposo alle salme dei nostri cari, sia per i riflessi che la loro regolare manutenzione ha sull'economia comunale e, ciò che più importa, sull'igiene del suolo e dell'abitato.

A. FRANCHETTI.

VARIA.

Come l'Italia ha vinto la grande guerra.

Il tenente colonnello medico Hume comandava, nel 1918, gli ospedali nord-americani presso l'Esercito italiano. Una relazione sui fatti da lui osservati venne pubblicata su *The Military Surgeon* di Washington, organo ufficiale della Associazione americana dei medici militari (numero di giugno 1929). Egli ne fece anche oggetto di conferenze alla Scuola di fanteria degli Stati Uniti. I suoi rilievi, che esulavano dal campo medico per investire quello militare, parvero tanto precisi ed assennati, che la relazione venne adottata per i corsi d'istruzione agli ufficiali.

Il dott. P. De Vecchi, decano dei medici italiani residenti negli Stati Uniti, ha voluto rendere facilmente accessibile la magnifica relazione. Ne ha fatto un'edizione inglese ed una italiana (*), corredate di una prefazione illustrativa.

Il dott. Hume (attualmente colonnello medico nell'Esercito degli Stati Uniti) mette in pieno rilievo l'importanza *fondamentale* del contributo italiano alla guerra. Tra l'altro, egli documenta che gl'italiani fermarono, da soli, senza alcun soccorso, l'avanzata nemica dopo Caporetto, sul Piave. Dimostra che la battaglia del Piave, combattuta quasi un anno dopo, assunse un compito essenzialissimo nell'economia generale di tutta la guerra. Alcuni mesi più tardi, la battaglia detta di Vittorio Veneto, che l'A. considera una delle maggiori che siano mai state combattute, costituì una fase conclusiva. Secondo l'A. fu quella la grande e decisiva vittoria della guerra mondiale. Si è voluto diminuirne l'importanza rilevando che l'esercito austriaco era già indebolito e disorganizzato e che il patto di Roma concorse a prepararla; ma si deve tener presente che costò la vita a 35.000 italiani, e che il concorso degli alleati rimase limitatissimo. D'altra parte, la precedente resistenza dal Grappa al Piave è una delle imprese più brillanti e più eroiche di tutta la guerra e forse la più decisiva: basterebbe da sola alla gloria militare di un popolo. La piena del fiume Piave e i dissensi tra i due capi Austriaci hanno potuto contribuire alla vittoria (i fatti militari sono sempre molto complessi); ma il valore degli italiani fu impareggiabile. L'A. esalta il compito avuto, in quella occasione, dai « ragazzi di 17 anni ».

Non resistiamo al desiderio di riportare testualmente alcuni brani dell'A. « Quelli che cercano di diminuire l'abilità militare italiana, non devono dimenticare che l'Italia, senza alcun soccorso, aveva arrestato l'invasione Austro-tedesca sul Piave prima che un solo soldato dell'Intesa avesse raggiunto l'Italia ». E più oltre: « l'Italia, con un subitaneo sforzo quasi inconcepibile ai Comandanti stessi, aveva cacciato indietro, oltre il Piave, gli Austriaci, lungo quasi tutto il corso del fiume, e tolte loro le posizioni dell'Asiago e del Grappa ». E ancora « Vittorio Veneto... fu essenzialmente una vittoria italiana, perchè più del novanta per cento degli uomini impegnati da parte degli alleati erano italiani ». E poi: « Non diminuisce il credito dell'Italia, se l'esercito austriaco era indebolito prima della battaglia di Vittorio Veneto; perchè, se così era, lo si doveva appunto agli italiani. La guerra mondiale non fu vinta in un giorno, e la critica che si fa all'Italia di aver vinto un nemico demoralizzato, la si può fare anche al generale Foch, chè se vinse i tedeschi, fu solo perchè questi erano stati demoralizzati dalla grande vittoria italiana ».

Tutta la relazione esalta lo sforzo titanico e il generoso concorso dell'Italia alla guerra.

L. V.

(Dagli « Annali d'Igiene », apr. 1931, Allegato).

(*) E. E. HUME. *Come l'Italia ha vinto la grande guerra. Operazioni militari sul fronte italiano nel 1918*. Traduz. e introduz. del dott. P. DE VECCHI. Un opusc. in-8° di pag. 35 con 4 fig. New York (Fifth Avenue 43), 1930. Prezzo Lit. 10; dollari 0,50.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

La proposta di una legge sulla proprietà scientifica.

L. Klotz (*Acad. de médecine*, 21 aprile 1931) fa presente di essere stato uno strenuo sostenitore del diritto d'autore agli artisti. Si è così riparata una grande ingiustizia e si è istaurato un nuovo diritto.

Ora, è la volta di pensare alla proprietà scientifica. Lo scienziato, egli osserva, fa una scoperta importante che, industrializzata in seguito, diventerà una fonte di lauti guadagni per chi saprà sfruttarla. Lo scienziato ha lavorato per il bene pubblico con il disinteresse che è diventato leggendario, mentre egli sarebbe nel suo pieno diritto domandando quanto gli è dovuto per il bene che ha recato all'umanità.

Tale proposta nulla ha a che fare con i brevetti; questi proteggono soltanto una data invenzione concreta, mentre l'A. tende a proteggere la teoria, il metodo che conduce a quella.

Della questione si sta ora occupando anche la Società delle Nazioni. Si è riconosciuto che il diritto dello scienziato non è in opposizione con nessun principio e la tendenza dottrinale va sempre più mostrandosi favorevole all'istituzione di un diritto dello scienziato. La « British Medical Association » ha recentemente ammesso il principio della protezione della proprietà scientifica riguardante le invenzioni terapeutiche, purchè non ne derivi alcun pregiudizio nè al pubblico nè al corpo medico. D'altra parte è noto che Behring fece a suo tempo brevettare il siero antidifterico, ciò che sollevò grande scalpore di riprovazioni. Ma, da allora, le idee in proposito si sono modificate.

Dal canto loro, l'Italia, l'Irlanda e la Lituania hanno già accettato il progetto come la base dei lavori di una conferenza diplomatica chiamata a consacrare la proprietà scientifica mediante una convenzione internazionale, mentre le organizzazioni professionali mediche dell'Australia hanno proposto di garantire automaticamente la proprietà scientifica di idee pubblicate in periodici medici, suscettibili di applicazioni pratiche. Soltanto quando sarà raggiunto l'accordo fra tutti i paesi si può sperare in una rapida soluzione.

Nulla da eccepire, in teoria; lo scienziato, animato dal sacro amore per la scienza, riceve così la ricompensa delle sue fatiche, quando è abbastanza fortunato da battere la via che lo porta ad un risultato positivo. Ma, salvo poche eccezioni, il giudizio sulla importanza o meno di una data scoperta e, quindi, sul diritto a percepire la giusta ricompensa, ci sembra urtare contro difficoltà insormontabili. La situazione si presenta ben diversa da quella della proprietà artistica, in cui si tratta di opere ancor più concrete che il brevetto d'invenzione.

Salvo poche eccezioni, invece, il cammino della scienza si fa a piccoli passi e ben raramente si fa quello decisivo, che spesso non è che la risultante di tutti i precedenti, anche di quelli erronei. Le « rivendicazioni » che abbondano sui giornali scientifici dimostrano quanto possa essere incerta l'assegnazione del principio di proprietà e di priorità scientifica, senza contare le diverse rivendicazioni nazionali. Gli esempi non mancano; anello di Pacinotti o di Gramme? Reazione di Bordet o di Wassermann? e così via.

Ma anche se si superasse tale difficoltà, a chi si dovrebbe assegnare il premio e chi dovrebbe pagarlo? Achard propone che, sulle indennità e sui redditi dovuti agli autori di scoperte e di invenzioni scientifiche, si faccia il prelevamento di un tanto per 100 da versarsi ad una cassa destinata agli scienziati che hanno fatto delle scoperte riconosciute importanti e che non hanno avuto ancora delle applicazioni lucrative. Gli autori che hanno reso dei servigi nelle scienze più astratte sarebbero così protetti dalla legge sulla proprietà scientifica; Achard cita, a tale proposito, l'esempio di Harvey per la sua scoperta delle leggi del circolo. E perchè, allora, trascurare Cesalpino? Senza contare che, spesso, le più grandi scoperte sono all'inizio poco considerate, mentre irraggiano di luce i secoli futuri, i quali non possono in nessun modo ricompensare lo scienziato che vi ha dedicato la vita...

Ma più curiosa ancora è la destinazione che L. Klotz vorrebbe dare ai ricavati dalla legge sulla proprietà scientifica. Accenna dapprima al leggendario disinteresse dello scienziato, che non reclama nulla, ma a cui si deve molto, accenna al fatto che il personale dei laboratori va diventando sempre più raro perchè non trova condizioni economiche adeguate. In conclusione però, tenuto conto che gli ospedali si trovano in una situazione tragica e che è necessario provvedere all'ospedalizzazione di tanti tubercolotici e ad altre opere per la sanità pubblica, egli propone che a queste sia devoluto il ricavato dalla legge sulla proprietà scientifica. Dei « disinteressati » scienziati non si fa più parola se non in uno dei capitoli a cui sono destinati i fondi raccolti.

Così come è formulata, questa proposta si presenta, da un lato come un vivaio di rivendicazioni e di liti, fertile campo di discussioni e di guadagni curialeschi, dall'altro come una nuova tassa imposta non si sa a chi e di cui il ricavato non arriva che in maniera del tutto indiretta ed in misura esigua allo scienziato. È da augurarsi che siano emanate delle disposizioni che proteggano la proprietà scientifica, ma la proposta va presentata non già in modo informe e vago, bensì in maniera concreta, così che ne riesca chiara ed agevole l'applicazione.

A. FILIPPINI.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI.

La Provincia e il Comune di Milano contro la malaria.

Quantunque, in provincia di Milano, la endemia malarica sia di lieve entità, tuttavia il Comitato antimalarico, presieduto da Sileno Fabbri, ha attuato un complesso di provvidenze per redimere completamente dai residui di tale malattia la fertile terra.

Dopo l'inchiesta esperita per determinare le cause locali della malaria, si è compilata una carta topografica indicante le varie zone colpite e più specialmente le cave e gli stagni, che sono fomite di tale endemia. Il servizio, affidato ad un medico specialista, coadiuvato da tecnici, si compie con la bonifica mediante il verde di Parigi e la lemna, coll'immissione di gambusie, ecc., mentre si sono istituite anche varie stazioni antimalariche e numerosi dispensari provvisti di chinino e di altri preparati. La lotta nella città di Milano è stata invece direttamente assunta dal Comune stesso.

Si è poi tenuta una riunione a Palazzo Monforte per lo studio dei problemi inerenti alle cave di prestito e venne stabilito, in base alle disposizioni di legge, di diffidare i proprietari delle cave perchè provvedano alla sistemazione di esse ed in ogni caso provvedere d'ufficio.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANDRETTA (*Avellino*). — Scad. 31 ag.; L. 8000; rivolgersi Segreteria.

APIRO (*Macerata*). — 3ª condotta; a tutto 31 lug.; L. 9000 e 3 quadrienni dec., oltre L. 2500 cavallo o automezzo; riduz. 12 %; riconoscimento un quadriennio; età lim. 24-40 a.; doc. a 6 mesi dal 15 giu.; tassa L. 50,10.

BERGAMO. *Ospedale Maggiore Principessa di Piemonte.* — Aiuto per divisione medica; L. 7480; sette assistenti per divisioni mediche e chirurgiche; L. 6600; partecipaz.; divieto altri posti o incarichi. Scad. ore 12 dal 25 lug. Età lim. 35 e 30 a. rispettiv. Doc. a 3 mesi dal 23 giu. Tassa L. 50. Chiedere annunzio.

BOLZANETO. — (Vedi GENOVA).

CASAPROTA (*Rieti*). — Scad. 29 ag.; L. 9240 per 1000 pov.; addizion. L. 4; c.-v. L. 633,60 se ammogliato; cavalc. L. 1581; uff. san. L. 440; arm. farm. L. 440; 5 quadrienni dec. Ab. 1300 circa.

CASCINA (*Pisa*). — Scad. ore 12 del 27 lug.; età lim. 35 a.; tassa L. 50; stip. L. 9000 e quadrienni dec., oltre L. 3500 (variabili) per cavalc.; riduz. 12 %.

CHIAVAZZA (*Vercelli*). — Per titoli. Unico posto. Abitanti 6585. Stipendio annuo L. 7000, se avrà la nomina ad ufficiale Sanitario (assegno L. 1200, caro-viveri, se gli compete, L. 840; aumenti ed altre indennità previste nel capitolato in corso di approvazione, con riduzione 12 %. Tassa di concorso L. 50,10. Scadenza 26 luglio. Richiedere il testo completo dell'avviso di concorso alla Segreteria Comunale.

COMO. — Scad. 31 lug.; 6° rione; L. 8000 oltre addizionale L. 5 ogni povero in più del 15 % della popolaz.; 4 quinquenni dec.; c.-v.; trasp. L. 2000; ambulat. L. 500; età lim. 40 a.; tassa L. 50. Obbligo residenza in località centrale della condotta.

FOGGIA. *Amministrazione Provinciale della Capitanata.* — Per titoli. Medico coadiutore del Brefotrofio provinciale con lo stipendio annuo di lire 12.000 suscettibile di tre aumenti quadriennali del decimo oltre le indennità caro-viveri, se dovute, salve le riduzioni di cui al R. D. Legge 20 novembre 1930, N. 1491. Titolo di studio: Diploma di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo o il diploma di perfezionamento in puericultura di cui al R. D. 15 aprile 1926, N. 718. Scadenza per la presentazione dei documenti: ore dodici del 15 luglio 1931. Rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale, Foggia.

GENOVA-BOLZANETO. *Associaz. Antitubercolare di « Valpolcevera ».* — Medico direttore servizio sanitario Dispensario Antitubercolare; titoli ed esami; scad. 20 lug.

GRACCIANO. — (Vedi MONTEPULCIANO).

LIMONE SUL GARDA (*Brescia*). — Scad. 15 lug.; L. 7920 e 6 quinquenni dec., oltre L. 440 uff. san., c.-v.; tassa L. 50.

MARTINA FRANCA (*Taranto*). — Scad. 25 lug.; lire 10.000 e 5 quadrienni dec.; riduz.; richiedesi biennio in Ospedale primario; tassa L. 50,10.

MATINO (*Lecce*). — Seconda condotta medica. Stipendio L. 8500 con diritto cinque quadrienni e indennità come per capitolato. Scadenza 23 luglio. Per maggiori chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale.— Il Podestà: Giannelli.

MENDICINO (*Cosenza*). — Scad. 31 lug.; L. 6505 oltre L. 2500 cavalc.; riduz. 12 %.

MONTEFALCIONE (*Avellino*). — Scad. 10 sett.; lire 6500 ridotte del 12 %, oltre L. 1500 cav.; 5 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

MONTEPULCIANO (*Siena*). — Per la frazione di Gracciano. Stipendio L. 7500, sei aumenti quadriennali, indennità di cavalcatura L. 3500 e caro viveri di legge. Scadenza 15 agosto. Richiedere bando di concorso alla Segreteria Comunale di Montepulciano.

NIMIS (*Udine*). — Scad. 20 lug.; L. 10.000 oltre L. 600 serv. att., L. 3000 trasp., L. 1000 se uff. san., c.-v.; trattenuta 12 %.

ORVIETO (*Terni*). *Congregaz. di Carità.* — Chirurgo primario della condotta chirurgica di città e direttore del Civico Ospedale; scad. ore 12 del 12 ag.; L. 8000 e 3 quinquenni dec., oltre L. 600 serv. att., L. 3000 indenn. ospedaliera, c.-v.; riduz. 12 %; inoltre emolumenti in base a nuovo capitolato; età lim. 27-40 a.; tassa L. 50,10.

PAULARO (*Udine*). — Per titoli. Assegni annui soggetti alle legali trattenute: Stipendio base lire 11.000, dedotto del 12 %, L. 9680, aumentabile del decimo per 6 consecutivi quadrienni. Indennità di servizio attivo L. 600, con riduzione 12 %, lire 528. Indennità mezzo obbligatorio di trasporto, L. 3000, meno 12 %, L. 2640, se con automobile o cavallo; L. 1500 meno 12 %, L. 1320 se verrà usata la motocicletta. Ufficiale Sanitario L. 1000, meno 12 %, L. 880. Indennità caro-viveri a nor-

ma capitolato, decurtata in base alle vigenti disposizioni. Tassa concorso L. 50,10. Documenti di rito. Scadenza 30 settembre. Per ottenere il bando di concorso e chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale.

Portoferraio (*Livorno*). *Civico Ospedale Vitt. Em. III.* — Chirurgo primario; scad. 31 lug.; L. 15.000 e 10 bienni ventesimo, c.-v., lorde; percentuali; età lim. 35 a.; rivolgersi Segreteria del Comune.

Roma. *Cassa Naz. Assicuraz. Sociali.* — Tre medici primari in medicina, uno in radiologia e terapia fisica, tre aiuti medici, un aiuto chirurgo, 13 assistenti medici, 4 di specialità, presso l'Ospedale della Casa in Vialba (Milano); stipendi lire 8000, L. 6500 e L. 5000, oltre indennità L. 2000 per tutti; età lim. 40 a. per i primari, 35 per gli aiuti e gli assist. Scad. 31 lug. Rivolgersi Direz. gen. (Servizio personale), via Minghetti 17, Roma.

Roma. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti.* — Tre aiuti radiologi ed un aiuto oto-rino-laringologo; scad. ore 16 del 31 ag.; età lim. 35 a. al 15 giu.; stip. L. 7300 ridotte del 12 % e c.-v. Quattro assistenti radiologi; scad. ore 16 del 20 ag.; età lim. 30 a. al 15 giu.; stip. L. 4500 ridotte del 12 % e c.-v. Tassa L. 50.
Chiedere avvisi alla Segreteria Generale, Palazzo di S. Spirito.

Saluzzo (*Cuneo*). *Ospedale Civile.* — Medico Primario Direttore. Stipendio ed indennità Lire 22.400 annue. Compertecipazioni: 60 % sui proventi, cure speciali ad abbienti, 50 % sui proventi dell'ambulatorio; 50 % sui proventi del laboratorio medico. Scadenza 20 luglio. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria dell'Ente.

Sermoneta (*Roma*). — Cercasi interino per il mese di agosto. Per tutte le condizioni e chiarimenti scrivere al Podestà del Comune.

Siracusa. *R. Prefettura.* — Ufficiali sanitari di Buccheri e di Sortino; rispettiv. L. 6000 e L. 7000, ridotte del 12 %, e 4 quadrienni dec.; documenti a 3 mesi dal 24 giugno; età lim. 45 a. Scad. 45 giorni dal 24 giu. Rivolgersi Divisione Sanità.

Varese. *Amministrazione Provinciale.* — Direttore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. Stipendio annuo lordo L. 18.000. Indennità servizio attivo L. 2000. Aggiunta di famiglia come al personale dipendente dallo Stato, il tutto al lordo del 12 % a norma del R. D. 20 novembre 1930, N. 1491. Percentuale 17,60 % sui proventi analisi. Scadenza ore 18 del 31 agosto. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria della Provincia.

Verona. *Municipio.* — Scad. ore 16 del 31 lug.; XX Circondario forese (Cadidavid); L. 8000 e 4 quadrienni, oltre L. 1400 serv. att., c.-v., L. 1000-3000 trasp.; decurtaz. 12 %; età lim. 35 a. al 12 giu.; doc. a 3 mesi; serv. entro 15 gg.; chiedere avviso.

Vicopisano (*Pisa*). — Scad. 31 lug.; per Uliveto e Caprona; L. 9000 oltre L. 2000 trasp.; riduz.; 5 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15.

Villachiara (*Brescia*). — Per titoli. Stipendio annuo lordo L. 9000. Sei aumenti quinquennali del decimo. Lire 3 per ogni povero in più oltre il 20 % della popolazione. Indennità di cavalcatura L. 3000. Indennità per Ufficiale Sanitario L. 500. Caro viveri come di legge. Età massima anni 35, salvo eccezioni di legge. Documenti di rito oltre certificato di iscrizione all'albo Ordine Medici. Scadenza 15 settembre. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale.

Villanova Solaro (*Cuneo*). — Scad. 15 lug.; L. 8000 oltre indenn. L. 1000; riduz. 12 %; età lim. 40 a.

Corrigenda. — Nel fasc. scorso, p. 945, col. destra, l. 3, leggere: intervennero l'on. Alfieri e altre autorità.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Con decreto del Re, il prof. Pietro Castellino, dell'Università di Napoli, è nominato *motu proprio* Gran Cordone della Corona d'Italia.
L'altissima onorificenza viene a riconoscere la nobile attività scientifica, la vasta cultura e le qualità professionali dell'illustre clinico, cui esprimiamo il nostro cordiale compiacimento.

Alla presidenza della Società tedesca di chirurgia è stato chiamato il prof. F. Volcher di Halle.

In esito ad un concorso per la direzione dell'Ospedale Rodolfo Virchow di Berlino, è stata formata la seguente lista: 1° A. von Domarus, dell'Ospedale Municipale di Berlino; 2° R. von den Velden, dell'Ospedale Municipale di Wilmersdorf; 3° H. Zondek, dell'Ospedale Urban di Berlino; 4° Kurt Gutzeit, dell'Università di Breslavia.

La Facoltà medica di Parigi ha designato il prof. Laignel-Lavastine per la cattedra di storia della medicina.

Il dott. Riche, professore di clinica ginecologica alla Facoltà medica di Montpellier, è nominato professore di clinica chirurgica alla stessa Facoltà.

La cattedra di storia naturale presso la Facoltà medica di Nancy è trasformata in cattedra di batteriologia e affidata al prof. Lavergne.

Per l'istituzione di un premio annuo presso la R. Università di Roma, da intitolarsi: "Fondazione Vittorio Ascoli"

Somma come da precedente N. 25 .	L.	35.312 —
Prof. Cesare Frugoni (Padova) . . .	»	1.000 —
R. Clinica Oto-rino-laringoiatrica (Roma)	»	208 —
Prof. Giuseppe Sanarelli	»	100 —
Prof. Guido Vernoni (Roma)	»	50 —
R. Istituto di Medicina Legale (Roma)	»	110 —
	L.	36.780 —

Le sottoscrizioni si ricevono presso la Clinica Medica al Policlinico Umberto I, Roma; ovvero presso il nostro periodico, via Sistina 14, Roma.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Padova.

Conferenza del Prof. O. Casagrandi.

In omaggio alla disposizione data da S. E. il Ministro dell'Educazione Nazionale che il giorno 8 di giugno fossero illustrate le finalità umanitarie e patriottiche della Croce Rossa, il Magnifico Rettore dell'Università ha dato incarico al prof. Oddo Casagrandi, direttore dell'Istituto d'Igiene, di tenere una conferenza sull'argomento. L'illustre igienista ha assolto il compito assunto parlando a numeroso e scelto pubblico in un'aula dell'Ateneo. Egli ha segnalata l'origine italiana della mondiale Istituzione poichè fu fiorentina Fiorenza Nichtingale, italiano fu il grande precursore Ferdinando Palasciano, e ricorda come l'organismo che assunse quale distintivo la croce vermiglia sia nato a Ginevra in seguito alle giornate di Solferino e San Martino sacre al Risorgimento italiano. La Croce Rossa iniziò l'opera di assistenza in guerra nelle campagne del '67 e del '70; nella guerra Libica si guadagnò la prima medaglia al valore, ed un'altra l'ebbe nella recente guerra mondiale.

L'O. ha calde parole per le eroine della Grande Milizia. Enumera quindi le benemerenze che l'umanitaria Istituzione attua in altri campi.

Mostra dell'Università.

L'Università, per mezzo dei proff. Ducceschi, Fondelli e Terni, ha preparata una mostra nel Padiglione del Municipio alla Fiera Campionaria di Milano.

In una sala vennero raccolte le grandi memorie del passato dell'Ateneo. Entro artistici cofani stanno le mazze rettoriali d'argento cesellato. Sulle pareti, in grandi medaglioni a colori, sono raffigurati i più gloriosi Maestri che insegnarono negli Studi padovani, e cioè Pietro d'Abano, Morgagni, Galilei, Vesalio, Fabrizi d'Acquapendente, Falloppio, Fracastoro, Pomponazzi, Vallisnieri, Cesarotti, mentre di altri grandi, che però non giunsero a tanta fama, sono ricordati i nomi in numerose iscrizioni. Le opere di queste glorie dell'Ateneo in preziose edizioni antiche, sono raccolte in apposite vetrine. Nel centro di questa Sala v'è una riproduzione al decimo dell'anfiteatro anatomico fatto costruire dal Fabrizi d'Acquapendente e che ancora esiste nel palazzo centrale dell'Università.

Nella seconda sala, alle pareti stanno due quadri panoramici raffiguranti lo sviluppo edilizio preso in questi ultimi tempi dall'Università e dalla Scuola di Ingegneria.

Al centro, in plastico, è esposto il progetto di un Policlinico destinato a sostituire le attuali Cliniche universitarie.

Adunanza di dermatologi.

Il 14 giugno la Sezione dei dermatologi delle Tre Venezie, sotto la presidenza del prof. G. B. Fiocco di Venezia, ha tenuto nella nostra Clinica dermosifilopatica, diretta dal prof. Mario Truffi, una riunione straordinaria avente per scopo precipuo la presentazione di casi clinici rari.

La Clinica ha saputo allestire una vera esposizione di casistica variata ed interessante, quale raramente è dato di osservare anche in riunioni nazionali. Ogni caso fu illustrato partitamente dal prof. M. Truffi e dai suoi assistenti prof. Balbi, prof. G. Truffi, dottori Cerutti, Tissi, Benettazzo, Policaro, ecc.

Bellissimi casi furono portati e presentati dal prof. Fiocco di Venezia, dal prof. Franceschini di Vicenza, dal prof. Artom di Verona.

Il prof. Freund di Trieste ha illustrato con larga documentazione di fotografie e preparati una variata collezione di forme morbose rare, e brevi comunicazioni hanno fatto i dottori De Favento di Trieste e Pozzo di Udine.

La discussione sui casi presentati è riuscita oltremodo viva e proficua così da lasciare in tutti i convenuti la speranza che sedute tanto praticamente utili possano ripetersi con ritmo frequente.

Chiusa la seduta i dermatologi furono portati a visitare il Reparto di isolamento per i lebbrosi annesso alla Clinica ed apertosi da poche settimane. Il prof. M. Truffi, che ha guidato i colleghi nella visita, ha presentato una diecina di malati che già hanno trovato posto nei padiglioni del Reparto, ed ha messo in rilievo il significato altamente umanitario dell'opera che gli è riuscito di portare a compimento con l'aiuto della Direzione Generale di Sanità e, in piccola parte, di Enti locali, del Municipio, dell'Università, di privati.

Ha giustamente rimarcato come l'istituzione darà utile materiale di insegnamento per i medici destinati ad esercitare in zone del Veneto, dove la malattia è ancora diffusa, o nelle colonie.

PLF.

NOTIZIE DIVERSE.

2° Congresso internazionale di patologia comparata.

Si ricorda che si terrà a Parigi, in occasione dell'Esposizione Coloniale, nei giorni 14-18 ottobre 1931.

All'ordine del giorno del Congresso, che si svolgerà sotto l'alto patronato del Presidente della Repubblica Francese, figurano argomenti di grande interesse, come la vaccinazione antitubercolare, le brucellosi dell'uomo e degli animali, le malattie da carenza, gli ultra-virus, il cancro, la psittacosi, l'anafilassi, ecc.

È noto che sotto la presidenza dell'on. prof. Ettore Marchiafava, e con l'intervento dei nostri più eminenti cultori di patologia, si è costituito un Comitato Italiano per la partecipazione al Congresso, ove saranno rappresentate pressochè tutte le nazioni civili.

Il Governo Italiano è stato ufficialmente invitato a farsi rappresentare.

Ci auguriamo che il concorso degli scienziati italiani, tanto come numero di adesioni, che come qualità delle comunicazioni, sia tale da tenere alto il nome della scienza italiana a questo Congresso internazionale, cui è facile prevedere il più fecondo successo.

La tassa di iscrizione è di L. 100 per i membri attivi, di L. 50 per i membri associati (persone di famiglia ecc.) e dà diritto a notevoli riduzioni sulle tariffe ferroviarie e su quelle degli Alberghi e dei Ristoranti.

Inviare le adesioni direttamente al segretario generale del Congresso, 7 rue Gustave Nadaud, Paris (16°).

Per tutte le informazioni rivolgersi al dott. M. Sabatucci, via Palermo 58, Roma (5).

9° Congresso internazionale di storia della medicina.

Si adunerà a Bucarest nel prossimo settembre, sotto la presidenza dei proff. Tricot-Royer (Anversa), Giordano (Venezia), Jorge e Cantacuzène (Bucarest). Temi: « La difesa dell'Europa contro la peste » e « L'evoluzione della medicina nei paesi balcanici »; inoltre il prof. Jorge terrà due conferenze.

Congresso scientifico-sociale per la lotta contro la tubercolosi.

La Federazione nazionale italiana fascista per la lotta contro la tubercolosi comunica che il 4 ottobre di questo anno in Bologna avrà luogo il VI Congresso nazionale scientifico-sociale per la lotta contro la tubercolosi e la prima grande rassegna di tutte le forze antitubercolari del Paese che oggi, nella piena applicazione delle leggi emanate dal Governo fascista, è all'avanguardia di tutti gli altri popoli civili nel campo della lotta contro la tubercolosi.

A questa grande rassegna, oltre i rappresentanti dei massimi enti nazionali, statali e parastatali interessati nella lotta, dei Consorzi provinciali antitubercolari, dei soci delle associazioni antitubercolari, tisiologi, igienisti, filantropi, parteciperanno molti rappresentanti delle altre Nazioni che seguono con interesse la nostra legislazione imperniata sull'assicurazione obbligatoria.

Di sommo interesse saranno i lavori della Società di studi scientifici e le relazioni sull'inchiesta diretta fatta nelle varie provincie d'Italia per conoscere le cause della diffusione della tubercolosi negli ambienti rurali e sulle nuove direttive circa l'assistenza post-sanatoriale.

In occasione di questo grande Congresso si svolgeranno importanti iniziative tra cui il convegno delle infermiere visitatrici ed assistenti sanitarie, la Mostra Nazionale di tutte le opere costruite in Italia dal 1928 in poi, ed una Mostra specializzata di ambienti rurali.

Federazione Stomatologica italiana.

L'Assemblea della Federazione si è tenuta a Firenze, nella sede dell'Ordine dei Medici. Esauriti gli argomenti posti all'ordine del giorno, è stato eletto presidente della Federazione l'on. prof. Amedeo Perna, direttore della Clinica odontoiatrica della R. Università di Roma. La direzione del periodico « La Stomatologia », organo ufficiale della Federazione, è passata al prof. Manicardi, della R. Università di Modena.

23° Congresso belga di medicina professionale.

Sarà tenuto dalla Federazione medica belga e dall'Unione medica del Limburgo, in Hasselt, dal 1° al 3 agosto. Temi: L'assicurazione e la previdenza nel corpo medico; Il controllo dei mutualisti; Riforma dell'ispezione medica scolastica. Sono ammesse la lingua francese e la fiamminga. Per informazioni eventuali rivolgersi alla « Union Médicale Limbourgeoise ». Hasselt, Belgio (presidente: Dr. Roelandts; segretario: Dr. Vandermeulen).

La Società tedesca di farmacologia.

Si adunerà quest'anno a Vienna, dal 20 al 23 settembre, unitamente alla Società per le malattie del ricambio e della digestione. Tema: « Riassorbimento enterale e parenterale ». Per informazioni rivolgersi al presidente, prof. F. Flury, Pharmakologisches Institut, Köllikerstrasse 2, Würzburg; oppure al segretario, prof. W. Lipschitz, Pharmakologisches Institut, Weigerstrasse 3, Frankfurt a. M.

6° Congresso tedesco di psicoterapia.

Si è adunato a Dresda dal 14 al 17 maggio. I temi discussi furono: « Trattamento delle sindromi psichiche mediante influenze psichiche » e « Valore pratico dell'analisi del sogno per la psicoterapia ».

Riunione dei medici sportivi della provincia di Varese.

Nel salone del Littorio si è tenuta a Varese la prima riunione dei medici sportivi della provincia. Lo scopo era la disamina della scheda di valutazione atletica che il C.O.N.I. a mezzo della Federazione Medici Sportivi va distribuendo in tutte le Società Sportive. Si va così attuando il programma che il commissario straordinario della F.I.M.S., prof. Ugo Cassinis, con alacrità prosegue. La riunione, alla presenza del rag. Luciano Carè, dirigente dell'Ufficio sportivo provinciale, è stata aperta dal medico sportivo capo provinciale dott. Carinto Mirelli, il quale ha spiegato lo scopo della medicina sportiva, e ha presentato il medico sportivo regionale per la Lombardia, dott. Giuseppe Poggi Longostrevi.

Questi si è congratulato col dott. Mirelli per la larga base della organizzazione medico-sportiva istituita dalla provincia di Varese, i cui medici hanno risposto all'appello in numero tale da rappresentare un primato tra le provincie d'Italia. Inoltre ha parlato sugli scopi della visita di orientamento per i nuovi iscritti nelle società sportive e sulla benefica opera della profilassi, per l'allevamento atletico ed incremento della razza, che i medici sportivi sono chiamati a svolgere col nuovo e alto mandato del tutto volontario e, per questo, ancora maggiormente degno di encomio e di lode.

1° Concorso nazionale dell'alimentazione.

Con decreto del Capo del Governo e con l'approvazione dei Ministeri competenti, viene organizzato dal 20 settembre all'11 ottobre il primo concorso nazionale dell'alimentazione, che avrà luogo a Mantova.

Comitato nazionale per il latte.

Si è costituito presso il Sindacato Nazionale dei Tecnici Agricoli, sotto la presidenza dell'on. Acerbo; tra gli altri scopi, ha la tutela igienica del latte e dei latticini.

Corso di perfezionamento.

Presso la Clinica Otoiatrica di Perugia, il prof. Giorgio Ferreri terrà nei giorni 25-26-27 luglio, un breve corso privato sulla « Chirurgia della tonsilla » con esercitazioni pratiche, specie riguardo ai moderni metodi di tonsillectomia chirurgica ed allo Sluder.

Tassa d'inscrizione L. 200. Per informazioni rivolgersi: dott. Cornelli, Clinica Oto-rino-laringoiatrica, Perugia.

Il Regime per la lotta contro la tubercolosi.

Al Capo del Governo è pervenuto il seguente telegramma da Galliera Veneta:

« Gli ammalati, primi ricoverati nella Villa di Galliera Veneta — per altissimo valore della Vostra legge, gloria italiana e fascista, contro la tubercolosi — dalla munificenza della Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali trasformata in sanatorio per i lavoratori, desiderano giunga all'E. V., coi sensi della loro dedizione e devozione, la offerta per la Patria e per Voi della loro martoriata giovinezza. Direttore Sanatorio dott. Bottacini ».

Assistenza gratuita negli stabilimenti di cura per la gente di mare.

L'on. dott. Ugo Barni, Commissario della Confederazione Nazionale Fascista della Gente del Mare e dell'Aria, completando il quadro delle multiformi attività assistenziali svolte in questi ultimi tempi a favore degli iscritti alla Confederazione, ha disposto che nei limiti delle disponibilità di bilancio per l'anno corrente, siano assunte a totale carico della Confederazione le spese per la retta di cura agli stabilimenti di Battaglia, Castellammare di Stabia e Salsomaggiore tenuti dalla Cassa Nazionale delle Assicurazioni Sociali ed a quello di Acqui che è esercito a cura del Ministero degli Interni.

Legati e donazioni.

Il sig. Egbert C. Fuller di Brandford (Connecticut) ha lasciato una somma corrispondente a circa 30 milioni di lire it., per l'istituzione di premi destinati a promuovere gli studi sul cancro; la fondazione sarà dedicata al nome della vedova del legatario, Anna Fuller, morta di cancro alcuni anni or sono.

Sull'esercizio dei medici stranieri in Argentina.

Il presidente interinale del Dipartimento Nazionale d'Igiene della Repubblica Argentina, dott. Tiburcio Padilla, ha emanato un'ordinanza secondo cui i medici, gli odontologi, i farmacisti, le ostetriche, ecc. con titolo straniero, non possono esercitare la professione, neppure entro cliniche, case di salute e ospedali privati, a meno che non siano abilitati da università nazionali argentine. Qualsiasi infrazione verrà considerata come esercizio illegale della medicina e punita a norma del Codice Penale.

Processo per i fatti di Lubecca.

È stato intentato un processo penale contro i dottori Deyke, Klotz e Altstaedt, dell'Ospedale Municipale di Lubecca, sotto l'imputazione di omicidi per imprudenza. Il processo doveva svolgersi verso la metà di luglio; ma in seguito a richiesta del procuratore generale di Lipsia, è stato rinviato alla seconda metà di settembre.

Responsabilità medica.

Un medico della Bassa Engadina (cantone dei Grigioni, Svizzera) aveva curato a lungo cinque ragazzi di una stessa famiglia colpiti da angina. Malgrado i dubbi espressi dai genitori, egli non volle ammettere che l'angina fosse difterica. Due ragazzi vennero a morte. Considerando il medico responsabile della morte, il padre dei ragazzi ha intentato causa, reclamando dieci mila franchi svizzeri d'indennizzo (circa 40.000 lire it.). Contro il giudizio in prima istanza, la Prima Camera del Tribunale Federale ha ammesso il principio della responsabilità ed ha condannato il medico a corrispondere un indennizzo, ridotto però a 3000 franchi svizzeri (circa 12.000 lire it.).

Remozione di tatuaggi in Francia.

Il dott. Locard, direttore del laboratorio tecnico della Polizia di Lione, ha condotto un'inchiesta sui ciarlatani che promettono, in Francia, la remozione dei tatuaggi, industria divenuta fiorente dopo la guerra, poichè molti soldati francesi si erano fatti tatuare dagli indigeni e ora vorrebbero liberarsi dai disegni indelebili rimasti sulla loro pelle. Anche molti delinquenti desiderano di far scomparire i tatuaggi, poichè la Polizia se ne vale come di un mezzo d'identificazione.

I risultati delle cure sono quasi sempre disastrosi; ma le vittime tacciono, per timore del ridicolo.

Una di esse ha però intentato causa; per tal modo si è potuto individuare un ufficio che operava su larga scala: venne, tra l'altro, sequestrata una forte partita d'acido nitrico.

Il dott. Locard esprime il parire che la remozione dei tatuaggi debba essere autorizzata solo ai medici; e che altrimenti vada considerata come pratica illegale della medicina.

Il più piccolo paziente pneumotoracizzato.

Alla « Société de Pédiatrie » di Parigi, i dottori Blechmann, Kindberg e Cottenot hanno presentato un bambino nel quale essi hanno praticato il pneumotorace per la cura della tubercolosi polmonare. Il trattamento venne iniziato all'età di 5 mesi; al momento della presentazione il bambino contava 16 mesi e mezzo. La malattia gli era stata conferita da una domestica, con cui egli era vissuto per 2 mesi e che ne era morta.

Gli effetti furono ottimi nei riguardi della febbre, dell'espettorato, dell'appetito, dell'esame fisico, di quello radiologico, dell'aspetto generale.

Epidemia di paratifo in Austria.

A Jiudendorf, piccola cittadina di circa 8000 abitanti presso Leoben (Austria), è scoppiata una epidemia di paratifo, che ha colpito 160 persone. La causa è attribuita all'acqua di una cisterna inquinata. Una mucca che si era abbeverata con l'acqua di tale cisterna si è infettata essa pure ed è stata abbattuta d'urgenza; tre donne che si sono alimentate con la carne della detta mucca si sono ammalate gravemente. Gli altri ammalati sono invece in condizioni discrete.

Unione Naturista italiana.

L'Unione Naturista Italiana si prefigge di contribuire alla rigenerazione della razza propugnando la vita in campagna, all'aperto, alla luce; la nettezza ed il moto; l'uso di cibi semplici e prevalentemente vegetali; di abitazioni e di vestiti razionali ed igienici.

È in lavoro di organizzazione una sezione a Roma, la quale promette numerose iniziative (ginnastica razionale all'aperto in apposito parco, cure elio- e idro-terapiche, corsi di cucina razionale, conferenze pubbliche, biblioteca circolante di libri e riviste naturiste, escursioni e campeggi, ecc.).

Per adesioni e per informazioni rivolgersi in iscritto al dott. Elio Piazza, via Alberico II, n. 16, telef. 54-258.

L'Accademia Medica di New York e la limitazione delle nascite.

Il movimento per la limitazione delle nascite si pronunzia negli Stati Uniti, poichè si teme che l'esuberanza di popolazione aggravi il disagio generale.

Il Comitato per la sanità pubblica dell'Accademia medica di New York ha presentato, al riguardo, una relazione, ove si raccomanda d'istituire degli ambulatori destinati ad insegnare i metodi anticoncezionali, presso tutti gli ospedali e i dispensari, come pure quali enti autonomi, sotto la sorveglianza di medici. Il Comitato propone che l'insegnamento dei mezzi anticoncezionali faccia parte del *curriculum* degli studenti di medicina. Il Comitato rileva che gli ambulatori anticoncezionali offrono l'opportunità di diagnosticare molti stati morbosi poco curati, come lacerazioni perineali, erosioni, spostamenti uterini; perciò importa che siano posti sotto la sorveglianza diretta di medici e si valgano della consulenza di ginecologi ed ostetrici.

L'Accademia ha approvato la relazione.

Conferenze mediche per radio in Germania.

È stata condotta in Germania un'inchiesta tra 60 medici, sull'utilità delle conferenze per radio, destinate al perfezionamento dei medici rurali.

È risultato che esse sono di utilità dubbia; sono anche pericolose, perchè vengono spesso raccolte da profani, che le fraintendono e s'inducono a pratiche pericolose.

Verranno studiati dei mezzi per renderle praticamente inaccessibili ai profani e perfezionarle.

Ingerenze politiche nelle Università americane.

Il corpo degli studenti dell'Università del Mississippi ha votato un ordine del giorno contro le ingerenze politiche nella nomina dei professori universitari. Il Governatore dello Stato ha preso in esame il problema.

Il decano dei medici berlinesi.

È morto, colmato di onori, il dott. Ferdinando Strassmann, nato a Rawitsch nel 1838, stabilitosi a Berlino nel 1863, appartenente a una vera dinastia di medici. I suoi tre fratelli erano medici. Appartengono alla stessa famiglia il prof. Federico Strassmann, che di recente ha lasciato la cattedra di medicina legale per limiti d'età, e il prof. Paolo Strassmann, il ginecologo della Facoltà medica di Berlino.

Il ciarlatano di Gallspach.

Gli affari procedono malissimo per Zeileis, il noto ciarlatano dell'Alta Austria. Varie succursali impiantate in Austria, Germania e Czecoslovacchia — alcune delle quali affidate a medici — non hanno corrisposto alle aspettative. Un'epidemia di tifoide allontanò i clienti anche da Gallspach. Poi si ebbe un'azione giudiziaria, intentata presso il Tribunale di Vienna da un comitato di clienti, che si consideravano mistificati.

Una cinquantina di alberghi che erano sorti a Gallspach sono ora nelle mani di curatori fallimentari.

Un medico vittima della propria insidia.

Il dott. Raley H. Bell, psichiatra, appassionato di floricultura, aveva disposto dei fucili carichi in difesa del giardino annesso alla sua villa estiva di Doylestown, presso Filadelfia, dove gli automobilisti di passaggio facevano spesso razzia di fiori. Dimentico dell'esistenza o del funzionamento di uno di tali fucili, installato presso una finestra della villa, egli venne colpito in pieno ed è morto vittima della propria insidia.

Per il libro medico italiano: tre ginecologi premiati.

La Commissione giudicatrice del Concorso per il libro medico italiano, emanazione dell'Ufficio Stampa Medica Italiana, ha assegnato il diploma di medaglia d'oro a tre valorosi ginecologi italiani: al prof. Paolo Gaifami, illustre direttore della Clinica di Bari, autore, oltre che di numerosissime monografie, di due libri di carattere generale pratico, il « Prontuario di terapia ostetrica » e gli « Elementi di ginecologia » (Ed. Pozzi), ben noti a tutti i ginecologi italiani; al prof. Michele Bolaffio della Clinica di Modena, autore di una ricca produzione scientifica, che ha recentemente pubblicato in volume — « Lo stato attuale della radioterapia ginecologica » (Ed. Pozzi) — la sua dotta relazione alla Società di Ostetricia e Ginecologia; al prof. Sebastiano Di Francesco, aiuto vol. alla Clinica di Milano, autore di molte memorie scientifiche e del noto ed apprezzato volume « Igiene della Maternità » (edito da Hoepli).

Nuove pubblicazioni:

O. BELLUCCI: La medicina preventiva e la selezione professionale in rapporto alle assicurazioni sociali. — Un vol. in-8 picc. di p. VIII-166. Prezzo L. 18.

R. BOMPIANI: Eugenica e Stirpe. — Un vol. in-8 gr., di p. VIII-230. Prezzo L. 25.

Presso l'Editore Luigi Pozzi.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Arch. Ist. Biol. Ital., suppl. al fasc. IV. — B. Frattini e M. Maino. Isolam. dell'ormone sessuale maschile.

Journal A. M. A., 24 gen. — L. G. Rowntree e al. Morbo di Graves. — E. F. Traut e R. P. MacFate. Iperguadinemia nella tetania.

Bull. Ac. Méd., 20 gen. — J. Lignières. Sulla possibilità di virulentare il B. C. G. — L. Nathan-Larrier. L'anafilassi ereditaria. — 27 gen. M. Hinglais. L'ormone follicolare per via boccale.

Indian Med. Reserch. Memoirs, dic. — R. Knowles e al. Parassitologia della malaria.

Arch. It. di Chir., 1. — F. Melina. Actinomicosi sperimentale del fegato e sistema ret.-endot. — C. Chianello. Plesso ipogastrico superiore di Hovelaque.

Münch. Med. Woch., 6 feb. — Assmann e al. M. di Basedow.

Presse Méd., 4 feb. — L. Ribadeau-Dumas. Carenze fruste nella prima infanzia.

Giorn. di Batt. e Immun., gen. — N. Baroni. Valutaz. dell'attività delle tubercoline.

Lancet, 7 feb. — E. P. Cumberbatch. La diatermia in medicina e chirurgia. — J. Gibbens. Meningite influenzale.

Rif. Med., 26 gen. — V. Vanni. Balantidiosi umana.

Morgagni, 18 gen. — U. Masucci. Sui cosidetti « stati premorbosi ».

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 1 feb. — P. Sferra. Glandola carotidea.

Amer. Journ. Obst. a. Gyn., gen. — E. J. Stieglitz. Nefrite in gravidanza. — N. Friedman. Modificazioni della cervice uterina inerenti all'età.

Rif. Med., 2 feb. — N. Pende. Fasi linfatiche della tbc. polmonare.

Sang, 1. — J. Chalier e M. Levrat. La grande eosinofilia sanguigna. — C. Vlados e al. Meccanismo della coagulaz. sanguigna.

Giorn. d. Med. Prat., gen. — L. Zoja. Ittero emolitico con coliche biliari.

Riv. San. Sic., 15 gen. — P. Andreani. Tumori endoteliali dell'omento.

Arch. Ital. di Chir., 6 bis. — Resoconti dei congressi it. di chirurgia, ortopedia e urologia.

Paris Méd., 7 feb. — Numero di radiologia.

Journ. de Méd. de Lyon, 5 feb. — J. Voron. L'infez. puerper. autogena.

Quart. Journ. of Med., gen. — E. W. Jones. Studio radiografico delle coronarie. — J. F. Wilkinson e W. Brockbank. Acloridria familiare e anemia perniciosa. — T. J. Bennett e al. Concezione della nefrosi. — F. W. Marshall. Lo zucchero nel sangue dei vecchi. — A. F. Hurst e F. A. Knott. Dispepsia pei carboidrati. — W. Morell Roberts. Effetto degli olii sulla secrez. e motilità gastrica.

Indice alfabetico per materie.

V. Ascoli †, Red. capo. A. Pozzi, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit Armani di M. Courrier.